

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1939-1940. — N° 73

---

# ESSAI SUR LE TRAITEMENT DE LA MÉLANCOLIE PAR L'HÉMATOPORPHYRINE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON  
et soutenue publiquement le 7 Décembre 1939.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Edmond BARNOLA**

INTERNE DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

*Né le 16 Juillet 1911, à St-Priest-en-Jarez (Loire)*

---

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

G. Patissier

—  
1939



Essai sur le traitement de la mélancolie  
par l'Hématoporphyrine



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1939-1940. — N° 73

---

# ESSAI SUR LE TRAITEMENT DE LA MÉLANCOLIE PAR L'HÉMATOPORPHYRINE

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Décembre 1939.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Edmond BARNOLA**

INTERNE DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

*Né le 16 Juillet 1911, à St-Priest-en-Jarez (Loire)*

---

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

G. Patissier

1939

# PERSONNEL DE LA FACULTE

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| Doyen honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE    |
| Assesseur .....       | M. A. MOREL     |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,  
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

## PROFESSEURS

|                                                           |   |              |
|-----------------------------------------------------------|---|--------------|
| Cliniques médicales .....                                 | { | MM. FROMENT  |
| Cliniques chirurgicales .....                             |   | SAVY         |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              |   | PATEL        |
| Clinique ophtalmologique .....                            |   | BERARD       |
| Cliniques dermatologique et syphiligraphique .....        |   | VORON        |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              |   | BONNET       |
| Clinique médicale infantile .....                         |   | FAVRE        |
| Clinique gynécologique .....                              |   | LEPINE (J.)  |
| Clinique Oto-rhino-laryngologique .....                   |   | MOURIQUAND   |
| Clinique urologique .....                                 |   | COTTE        |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....       |   | REBATTU      |
| Clinique et prophylaxie de la tuberculose .....           |   | CIBERT       |
| Clinique des maladies infectieuses .....                  |   | TAVERNIER    |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   |   | COURMONT     |
| Chimie biologique et médicale .....                       |   | CHALIER (J.) |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     |   | PONTHUS      |
| Matière médicale et Botanique .....                       |   | FLORENCE     |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        |   | MOREL        |
| Anatomie .....                                            |   | MANCEAU      |
| Histologie .....                                          |   | GUIART       |
| Physiologie .....                                         |   | LATARJET     |
| Pathologie interne .....                                  |   | POLICARD     |
| Pathologie générale et thérapeutique .....                |   | HERMANN      |
| Anatomie pathologique .....                               |   | CORDIER      |
| Chirurgie opératoire .....                                |   | CADE         |
| Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie ..... |   | J. F. MARTIN |
| Médecine légale .....                                     |   | SANTY        |
| Hygiène .....                                             |   | ARLOING (F.) |
| Pharmacie et Pharmacologie .....                          |   | MAZEL        |
| Hydrologie thérapeutique et Climatologie .....            |   | ROCHAIX      |
|                                                           |   | LEULIER      |
|                                                           |   | PIERY        |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                                        |                     |
|--------------------------------------------------------|---------------------|
| Chargé d'un Cours d'Anatomie médico-chirurgicale ..... | MM. THEVENOT (Léon) |
| Chargé d'un cours d'Embryologie .....                  | NOEL                |

## AGREGES

|              |            |            |                |
|--------------|------------|------------|----------------|
| MM.          | MM.        | MM.        | MM.            |
| GABRIELLE    | P. RAVAUlt | CLAVEL     | FROMENT (R.)   |
| CHAMBON      | CROIZAT    | LEVRAI     | MARTIN (P.-E.) |
| REVOL        | DELORE     | BANSSILLON | MOUNIER-KUHN   |
| ENSELME      | JOSSERAND  | MALLET-GUY | BROUSSY        |
| SEDALLIAN    | MORIN      | ROMAN      | PIFFAULT       |
| GREYSSEL     | PIGEAUD    | PEYCELON   |                |
| DE ROUGEMONT | BERTRAND   | JOURDAN    |                |

## Examineurs de la Thèse

M. J. LÉPINE, *Président.*

MM. FROMENT, et P. RAVAUlt, *Assesseurs.*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES ENFANTS

*Louis*

*Danielle*

*Marie-Pierre*

*Marie-José*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LÉPINE

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PROFESSEUR DE CLINIQUE NEUROLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE

MÉDECIN DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'INSTITUT

Nous n'oublierons pas les entretiens au cours desquels il nous a été permis de l'approcher. Il a contribué à nous orienter vers la psychiatrie, il a guidé nos débuts et les a encouragés. Sa bienveillance et ses conseils nous ont été un précieux soutien.

Nous lui sommes très reconnaissant d'avoir bien voulu présider notre thèse. Il nous a fait ainsi un grand honneur. Nous l'assurons ici de notre gratitude et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JULES FROMENT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ  
MÉDECIN DES HÔPITAUX DE LYON

Il a accepté de faire partie de  
notre jury avec beaucoup de bien-  
veillance. Nous en sommes infini-  
ment flatté. Qu'il veuille bien accep-  
ter l'hommage de notre profonde  
gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. RAVAUT

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE LYON

Nous sommes heureux de lui  
exprimer ici notre vive admiration.

## A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. CHRISTY

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

EX-CHEF DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE A LA FACULTÉ DE LYON

MÉDECIN DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nous avons eu le plaisir d'être son interne. Pendant plusieurs mois, nous avons recueilli son enseignement clinique au cours de matinées fécondes, toujours trop courtes. Au hasard des propos, le maître se faisait ami. C'est par son contact quotidien, par les exemples qu'il nous a donnés au lit du malade que nous avons appris l'amour de notre métier. En psychiatrie, nous lui devons tout. Il a été le Maître que nous attendions.

Il nous a inspiré le sujet de ce travail. Nous l'aurions voulu digne de lui. Mais la guerre nous a laissé seul devant la tâche, sans son aide, sans ses conseils. Tel qu'il est cependant, nous le lui offrons. Qu'il y voit une preuve de notre profonde reconnaissance et de notre sincère et respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REVOL

PROFESSEUR D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE  
A LA FACULTÉ DE LYON  
PHARMACIEN DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

Nous le remercions d'avoir bien voulu se mettre à notre disposition pour les examens de laboratoire. Ses conseils nous furent précieux. Nous lui adressons ici un hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. ROCHAIX

EX-CHEF DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE A LA FACULTÉ DE LYON  
MÉDECIN DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Il nous a donné de nombreux témoignages de sa bienveillance durant notre internat dans son service. Qu'il soit assuré de notre gratitude et de notre dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

MÉDECIN DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD

MÉDECIN DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRUNERIE

CHEF DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE A LA FACULTÉ DE LYON

A NOTRE BEAU-FRÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. DELÉAGE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Il nous a donné l'exemple d'une haute conscience professionnelle et d'un grand dévouement aux malades. Nous avons pour lui une profonde amitié.

## Introduction

---

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier l'action de l'hématoporphyrine sur la mélancolie dite essentielle. Nous éliminerons donc d'emblée les états dépressifs symptomatiques de paralysie générale, démence précoce, involution sénile ou autre affection mentale. Un historique et une courte description de la maladie préciseront où en sont nos connaissances. Elles limiteront ainsi notre sujet.

Nous rappellerons ensuite les différents travaux que cette médication a suscités. Nous exposerons les observations et les remarques qui en découlent. Après quelques mots de son mode d'action un dernier chapitre comparera l'hématoporphyrine aux thérapeutiques habituelles de l'affection.

Nous avons attendu qu'il s'écoulât un certain temps de deux mois et demie à cinq mois suivant les malades, entre la cessation du traitement et la publication des résultats. Nous aurions voulu attendre plus longtemps, les circonstances ne l'ont pas permis. Nous rêvions d'un travail mûri, nous donnons une thèse de guerre.



## CHAPITRE PREMIER

---

# Historique de la Maladie

---

*Nihil innovatur  
nisi quod traditum est.*

D'HIPPOCRATE à ESQUIROL, on étudie la symptomatologie, mais les limites du syndrome restent imprécises. On accorde de l'importance aux manifestations somatiques.

ESQUIROL et BAILLARGER ne resserrent pas assez la notion de mélancolie. DELASIAUVE a le mérite de la séparer de la confusion mentale. MAGNAN et après lui KRAËPELIN ne veulent connaître que la psychose maniaco-dépressive.

De nos jours on tente de multiples traitements. L'hématoporphyrine a été essayée pour la première fois par HÜHNERFELD en 1929.

C'est à HIPPOCRATE (460-380 av. J.-C.) que l'on doit la première description des états de dépression et d'anxiété. A son avis la mélancolie est due à l'atrabile. Pour

chasser cette humeur noire il faut, propose-t-il « purger fortement par en bas les mélancoliques », « c'est la voie convenable pour l'évacuation des humeurs chez cette sorte de malades. » Les troubles d'ordre digestif, qui vont souvent de pair avec les troubles psychiques, l'avaient frappé au point qu'il leur faisait jouer un rôle de premier plan dans la genèse de cette affection.

Après lui ASCLÉPIADE de Bithynie (124-96 av. J.-C.), CELSE (fin du 1<sup>er</sup> siècle av. J.-C.) qui insiste presque uniquement sur le traitement psychothérapique, ARÉTÉE de Cappadoce (fin du 1<sup>er</sup> siècle ap. J.-C.) qui précise la symptomatologie.

GALIEN (131-201) partage sur la mélancolie les vues d'HIPPOCRATE. Il accorde une grande importance aux troubles gastro-intestinaux et le premier parle de l'hypochondrie. Il voit également dans la continence l'origine de certains accès dépressifs et rapporte le cas d'un homme qui, devenu mélancolique au début de son veuvage, guérit dès qu'il eut repris ses anciennes habitudes sexuelles. Il est en effet d'observation courante que ce syndrome est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Celle-là n'est-elle pas plus fréquemment chaste que celui-ci ?

Au cours des siècles suivants peu de choses méritent d'être notées. Au 16<sup>e</sup> siècle la majorité des médecins s'accordent à dire que la mélancolie est due à l'épaississement du sang des veines digestives. Or ces vues ont été reprises, il y a peu de temps, par CLAUDE, TARGOWLA, MONTASSUT, RUBENS. Ces auteurs ont en effet signalé chez des malades présentant des troubles cénesthopathiques de l'hyperviscosité sanguine et de l'hypertension vei-

neuse. D'où l'emploi du citrate de soude comme médicament.

WILLIS (1622-1675) et Frédéric HOFFMANN (1660-1742) ont laissé quelques observations de psychoses intermittentes.

ESQUIROL en 1819 essaie de substituer au terme de mélancolie celui de lypémanie. Sans succès d'ailleurs. La lypémanie pour lui comprend toutes les psychoses chroniques avec chagrin ou anxiété, avec dépression ou asthénie secondaire. Conception manifestement trop large. BAILLARGER (1843) fait entrer la stupidité dans la mélancolie. Tandis que DELASIAUVE (1851) voit plus justement dans la stupidité un état de confusion intellectuelle et d'engourdissement physique. De cette conception sortira la confusion mentale de CHASLIN. J. P. FALRET (1851) décrit le type clinique connu sous le nom de « folie circulaire. » COTARD (1880) a laissé son nom au syndrome caractérisé par des idées de négation d'organes.

MAGNAN (1882) ne sépare pas la mélancolie vraie de la mélancolie intermittente. Il prépare la voie de KRAËPELIN (1893) qui va étendre cette idée au point de se refuser à croire à l'existence de manie ou de mélancolie à l'état pur, isolé. Pour lui il n'y a là qu'une seule psychose, la folie maniaque dépressive, maladie constitutionnelle, héréditaire, fatalement récidivante. Ceci ne cadre nullement avec la notion de mélancolie accidentelle, admise par la plupart aujourd'hui, due à des auto-intoxications diverses, à la colibacillose.... et qui guérit par suppression de la cause occasionnelle.

TASTEVIN en 1910-11 considère la mélancolie comme

une maladie autonome dans laquelle le trouble initial est une émotion douloureuse, l'asthénie un phénomène secondaire. Il la distingue assez subtilement des asthénies primitives dans lesquelles la tristesse, le sentiment d'impuissance, l'anxiété ne sont plus que des conséquences. C'est cette asthénie primitive, et non la mélancolie, qui s'oppose pour lui à la manie ou hypersthénie, et il range ces affections opposées dans le groupe des dysthénies périodiques.

D'ESQUIROL à TASTEVIN les différents auteurs dans leurs tentatives d'analyse ou de synthèse ont peu fait pour le traitement de cette affection. De nos jours, au contraire, on semble de plus en plus orienté vers la thérapeutique. Sans oublier l'opium qui jamais abandonné garde de nombreux adeptes, on a tenté avec des fortunes diverses les médicaments de choc, autohémothérapie, peptonothérapie, l'opothérapie, l'endocrinothérapie.

On a essayé de déceler l'épine organique à l'origine des troubles psychiques en particulier la colibacillose d'où l'emploi du sérum de Vincent. Enfin un des derniers médicaments en date est l'hématoporphyrine préconisée pour la première fois par HÜHNERFELD en 1929.

---

## CHAPITRE II

---

### Quelques mots de clinique

---

*Et les vagues terreurs de ces  
[affreuses nuits  
Qui compriment le cœur comme  
[un papier qu'on froisse.*

BEAUDELAIRE.

*La pathogénie est obscure. Les candidats à la mélancolie ont un état humoral instable, un système neuro-végétatif en déséquilibre. Une cause psychogène ou physiogène déclenchera l'accès. On accorde une importance de plus en plus grande à l'auto-intoxication.*

*Le début est insidieux, il se fait par des troubles gastro-intestinaux, un état vague d'inquiétude. Puis la douleur morale domine le tableau ; les idées délirantes prennent corps, les troubles psycho-sensoriels peuvent faire leur apparition. Il faudra alors redouter le suicide. La terminaison se fait par la guérison, le passage à la*

*chronicité, la mort par complication viscérale ou par suicide.*

*On fera le diagnostic avec le délire hallucinatoire dans lequel attitudes et réactions sont différentes, la paralysie générale qui a des signes neurologiques, la démence précoce que signent la mimique, les stéréotypies, les alternatives de suggestibilité et de négativisme, la démence sénile qui est presque toujours une démence élective. Mais le diagnostic le plus important est à faire avec la confusion mentale dans laquelle égarement, amnésie, désorientation dominent. Ces deux affections ont de tels rapports de contiguïté, qu'elles furent longtemps confondues.*

La pathogénie de la mélancolie reste encore à éclaircir. Dans ce domaine les hypothèses ont le champ libre.

Pour la majorité des auteurs, cette affection se développe dans les conditions suivantes. Ces malades, dans l'ascendance desquels on relève de semblables accidents, ont toujours été des timides, des timorés, des tristes, vaincus d'avance, ne croyant pas en eux. Leur équilibre humoral est instable, comme semble le prouver la fréquence des accès au moment où les glandes à sécrétion interne voient leur activité perturbée : puberté, grossesse, ménopause. Ce sont des vagotoniques comme l'ont montré LAIGNEL-LAVASTINE, TINEL, SANTE-NOISE. Ils présentent une certaine fragilité de leur sphère hépato-intestinale. RÉGIS accorde beaucoup d'importance à l'insuffisance hépatique. Tout cela constitue le terrain.

Il convient cependant de faire la réserve suivante. Ce qui précède s'applique aux malades qui font uniquement des états dépressifs. Il est évident que les malades atteints de psychose maniaco-dépressive ne présentent pas constamment ce substratum psychique de tristesse et de défiance envers leurs possibilités. Ils sont au contraire par périodes extrêmement sûrs d'eux et jouissent d'une magnifique activité.

Il ne faudra plus alors pour déclencher l'accès, que le choc déterminant d'ordre psychique, émotion, chagrin, ou d'ordre organique, auto-intoxication. Cette dernière se traduit par la constipation, l'état saburral, l'anoréxie, qui ne manquent presque jamais dans ce syndrome. On a beaucoup discuté sur la place à accorder à cette auto-intoxication. Précède-t-elle ou suit-elle ? Est-elle cause ou conséquence ? Les troubles psychiques et les troubles organiques sont à ce point intriqués qu'il est encore impossible de trancher. On ne peut s'empêcher de penser à ce propos à ce que d'aucuns se plaisent à répéter à propos de la dyspepsie. Les dyspeptiques restreignent leur alimentation et souffrent moins, mais ce faisant ils supportent de moins en moins la nourriture et s'enferment dans un véritable cercle vicieux. Le psychopathe mélancolique lui aussi est enfermé dans le cercle vicieux que constitue l'inter-réaction des phénomènes somatiques et des phénomènes mentaux. On pencherait volontiers cependant en faveur de la prééminence des phénomènes toxiques. L'anorexie, pour ne prendre qu'un symptôme, précède la sitiophobie et l'on pourrait considérer qu'elle la conditionne. Du dégoût de la nourriture à son refus il n'y a qu'un pas. Le

malade ne veut pas manger parce qu'il n'a pas faim. Là-dessus vont se greffer les idées délirantes. « Je ne suis pas digne de manger », idées d'indignité. « Je désire mourir d'inanition », idées de suicide. « Je ne peux pas payer ce que je mange », idées de ruine. « Je n'ai plus d'estomac pour digérer », syndrome de Cotard.

Ces toutes dernières années, BARUK a élargi cette notion d'auto-intoxication. Il a montré le rôle de l'infection microbienne en particulier de la colibacilliose. Ses expériences sur le cobaye ont montré que la toxine neurotrophe du colibacille était capable non seulement de provoquer chez cet animal paralysies, amyotrophies et coma, mais aussi de véritables troubles mentaux tels que sommeil, catatonie, impulsions. Les urologues n'avaient-ils pas d'ailleurs remarqué depuis longtemps combien les colibacillaires étaient déprimés et fatigables ? La guérison de certaines formes de mélancolie par le sérum de Vincent montre qu'il faut retenir cette étiologie.

Jean LÉPINE a poussé plus loin l'analyse et a donné une explication judicieuse de la périodicité des accès. Il remarque l'importance de l'hérédité arthritique dans beaucoup de cas. A son avis les poisons de la diathèse arthritique entraînent une viciation de la nutrition corticale succédant à une toxi-infection générale qui peut passer inaperçue et prolongent leurs effets par périodes par une sorte d'anaphylaxie cérébrale.

Le début de cette affection est en général insidieux. Il se fait souvent par des troubles gastro-intestinaux, anorexie, état saburréal, constipation. En même temps le

malade se sent abattu, sans force, sans courage. Et cependant malgré sa fatigue il ne peut dormir. Petit à petit se crée un état vague d'inquiétude. Tour à tour sa santé, sa fortune, sa conduite passée, lui sont un sujet de soucis et de ruminations. Il a le sentiment que des malheurs vont fondre sur lui et qu'il sera impuissant à les éviter car sa volonté se dérobe.

Puis les symptômes vont s'aggravant. La douleur morale prend une terrible acuité. Le mélancolique est le plus pitoyable des malades. Replié sur lui-même, inaccessible à toute consolation, le front plissé, le visage en larmes, il est concentré sur une série de pensées dont il ne peut arracher son esprit. Il se cantonne alors dans un mutisme absolu. Ou bien dans une sorte d'exaltation il se tort, cherche à se faire souffrir, pousse des gémissements, appelle la mort. Les idées délirantes vont alors prendre corps. L'asthénie qui le terrasse sera interprétée par lui comme un manque de volonté ; de là les idées d'impuissance et d'auto-accusation. Il n'est pas capable de réagir, croit-il ; n'est-il pas d'ailleurs un grand pécheur, son passé ne le condamne-t-il pas ? Les troubles cénesthésiques lui donnent ce sentiment d'étrangeté, cette impression si douloureuse qu'il a changé, qu'il est autre, et parfois même qu'il a perdu certains de ses organes. Et ce malheureux, dont la sensibilité est exacerbée, ira jusqu'à se dire insensible, jusqu'à penser qu'il n'aime plus ses proches. Ce lui sera une nouvelle raison de se juger sévèrement en indigne. Les hallucinations, bien que rares, viennent encore parfois torturer le malade. Ce sont des voix qui l'accusent, le condam-

nent, le menacent. Il croit pourrir vivant, dégager une odeur de putréfaction.

Ces tourments il les accepte avec une résignation accablée en punition de ses fautes. Loin de les écarter, il en provoque d'autres, refuse la nourriture, cherche à se mutiler. La douleur peut devenir si intense, la vie lui être en tel dégoût, qu'il cherche par tous les moyens à s'en échapper. Le mélancolique, habituellement dépourvu d'initiative et de décision, sous l'influence d'une impulsion ou, ce qui est plus surprenant, après une lente et minutieuse préparation, est capable de se tuer et de tuer ses proches pour les soustraire aux souffrances qu'il a lui-même endurées. C'est ce qui fait l'extrême gravité de cette affection.

Parmi les phénomènes somatiques qui accompagnent le syndrome mental, asthénie, troubles de la sphère gastro-intestinale, il convient de faire à la vagotonie une place de choix. Troubles vaso-moteurs, mains moites, visage facilement empourpré, pouls variable, réflexe oculo-cardiaque positif, tension artérielle basse, sont de constatation courante.

Les différentes formes cliniques que l'on a décrites sont basées sur la prédominance de tel ou tel symptôme : mélancolie délirante, mélancolie anxieuse, mélancolie avec stupeur, etc...

La guérison est la plus fréquente des éventualités. Elle se produit en général après plusieurs mois. Les rechutes sont la règle. La mort, outre le suicide, peut être due à l'inanition, à une complication viscérale. Le passage à la chronicité est surtout le fait de la forme anxieuse.

Le diagnostic est à faire avec le délire hallucinatoire chronique. Mais dans celui-ci le malade conscient de sa valeur et de son bon droit, combat les voix accusatrices. Il pense à se venger, il caresse l'idée du meurtre. La paralysie générale, dont le début par un accès dépressif est fréquent chez la femme, est avant tout une démence globale entraînant la monotonie, la stéréotypie des préoccupations délirantes, l'incohérence, l'absurdité des propos. Le diagnostic sera confirmé par les signes humoraux et neurologiques. Il est plus difficile à faire avec la démence précoce. Les alternatives d'inertie et d'agitation, les stéréotypies, le mutisme obstiné, la suggestibilité succédant à un négativisme forcené, plaideront en faveur de cette dernière. La démence sénile elle aussi peut se présenter sous le jour d'un syndrome mélancolique. Celle-ci, contrairement à la paralysie générale, est presque toujours une démence élective : dysmnésie, amnésie, contraste entre la conservation de la tenue et l'altération de la personnalité, sont fréquemment observés.

Le diagnostic entre mélancolie et confusion mentale appelle quelques explications. Les deux syndromes firent longtemps partie de la même entité clinique. BAILLARGER voyait dans la confusion l'aboutissant de la mélancolie aiguë. Mais DELASIAUVE, et après lui CHASLIN et SÉGLAS séparèrent les deux affections. Par la pensée mettons côte à côte un confus et un mélancolique. Le premier est inerte et semble assoupi, son visage est impassible et sans expression, ses yeux à peine mobiles errent dans le vague, ce qui se passe autour de lui ne semble pas lui parvenir. Le deuxième

a la figure concentrée et chagrine, les yeux humides, le front plissé douloureusement. On le sent enfoncé dans de tragiques préoccupations. Cependant il semble par instant accorder un regard à ceux qui l'entourent et à leurs faits et gestes. Si à l'un et à l'autre on demande d'exécuter quelques actes simples, donner la main, se lever, s'asseoir, tout en insistant moins on obtiendra leur exécution plus vite de la part du mélancolique. Leur parle-t-on, le confus, à force de questions, sort de son rêve, mais il faut le secouer, le talonner, il répond par monosyllabes, avec effort, son esprit est visqueux et rapidement fatigué. On se rendra compte alors de son amnésie, de sa désorientation. Le mélancolique lui, parle plus volontiers ; si ses réponses sont parfois courtes, ou même s'il reste muet, c'est parce que la douleur morale l'accapare. Mais ses souvenirs sont intacts, il sait où il est, il comprend ce qu'on lui demande. De plus, son affectivité n'est pas touchée ; tandis que le confus est parfaitement indifférent. Il est néanmoins des cas dans lesquels la séparation des deux psychoses rencontre de réelles difficultés. Certains mélancoliques extériorisent peu leur douleur morale et par là sont plus concentrés sur elle, au point de ne plus avoir que d'insignifiants rapports avec le monde extérieur. Leur esprit semble empâté alors que simplement il est ailleurs. Souvent leur mimique est d'une extrême sobriété, le visage est indifférent, les yeux à peine brouillés. Il faudra de longs jours d'observation pour saisir chez ces malades un regard désespéré, une parole de découragement, une phrase découvrant un délire caché. On comprend très bien que les deux types

nosographiques aient pendant longtemps paru n'en faire qu'un seul.

Ce bref rappel clinique permet de séparer la mélancolie symptomatique de la mélancolie essentielle. C'est à cette dernière que nous avons appliqué le traitement par l'hématoporphyrine.

---



## CHAPITRE III

---

# Historique du traitement par l'hématoporphyrine

---

*L'hématoporphyrine est obtenue à partir de l'hémoglobine par l'intermédiaire de l'hémochromogène. HÜHNERFELD fit des expériences sur le lapin, le porc, le rat. Il publia ses premiers résultats dans le traitement de la mélancolie en 1929. Après lui, en France, VINCHON et BOURGEOIS publient en 1933 des résultats satisfaisants. Puis viennent les statistiques de LÉVI-BIANCHIN, de STRECKER, PALMER et BRACELAND, toutes favorables.*

*Seuls NOTKIN et STEINBERG déclarent ne pas retirer satisfaction de la méthode.*

En 1929, HÜHNERFELD publia pour la première fois les résultats encourageants qu'il avait obtenus en traitant les mélancoliques par une solution d'hématoporphyrine. Les essais thérapeutiques se multiplièrent alors dans différents pays, en Allemagne, en Autriche, aux Etats-Unis, en France. Citons parmi les auteurs :

BECKER, H. MEYER, HARTMANN et WEISSMANN, KLIMKE, KEHRER, LÉVI-BIANCHINI, VINCHON et BOURGEOIS, STEINBERG, ANGUS, STRECKER, PALMER et BRACELAND...

HÜHNERFELD, le promoteur de la méthode, avait été frappé par les effets non seulement physiques mais aussi psychiques des radiations solaires. Il vit là l'origine de l'exubérance méridionale. Le fait que les porphyrines sensibilisent la peau à l'action de la lumière l'amènèrent à procéder à des expériences avec l'hématoporphyrine. L'hématoporphyrine s'obtient à partir de l'hémoglobine. Celle-ci est une protéide contenant 96 % de globine et 4 % d'hémochromogène, pigment ferrugineux. Cette dissociation s'obtient en chauffant de l'hémoglobine avec de l'acide acétique glacial additionné de chlorure de sodium. On obtient alors un composé chloré qui cristallise en donnant les cristaux d'hémine. On élimine assez facilement le chlore sous forme d'ion. Le fer plus intimement lié se sépare néanmoins à l'aide de réactions assez simples dans le détail desquelles il ne convient pas d'entrer ici. On obtient ainsi une porphyrine dérivée de l'hémoglobine ou hématoporphyrine.

Pour ses essais HÜHNERFELD s'adressa aux lapins, aux porcs et aux rats. Il injecta par jour 10 à 40 mgr. du produit avec un jour de repos tous les trois jours. Les animaux en expérience par rapport aux animaux témoins manifestèrent une plus grande curiosité, une plus vive attention aux bruits extérieurs. Ils devinrent hyperactifs, agressifs et querelleurs. Ces animaux de plus prirent du poids. Ces constatations l'amènèrent à tenter l'application de la méthode chez deux malades

atteints de dépression mélancolique. Il fit une première injection de 1 mgr. ; puis augmenta tous les deux jours de  $\frac{1}{2}$  à 1 mgr. L'un des deux malades fut amélioré définitivement, l'autre passagèrement. En 1931, sur 13 cas traités, il a 11 améliorations, 2 échecs. En 1936 sa statistique personnelle portant sur 90 cas, montre 48 guérisons ou améliorations importantes, 30 améliorations légères, 12 sans modification. Résultats, on le voit, des plus intéressants.

En France, en 1933, VINCHON et BOURGOIS rapportent à la Société de Thérapeutique 4 observations de malades du service du P<sup>r</sup> LAIGNEL-LAVASTINE. Ils eurent 2 guérisons, 1 amélioration légère, 1 échec.

En 1934, VINCHON rapporte 31 observations 17 sont des cyclothymiques et des mélancoliques avec peu de signes psychiques. Parmi eux, il y a 10 guérisons, 5 améliorations, 2 échecs, 8 autres étaient des psychasthéniques, 3 améliorations, 5 échecs. Les autres étaient des malades chez qui l'hématoporphyrine n'était pas indiquée, en particulier 2 déments précoces. Les résultats furent assez mauvais.

Les statistiques de LÉVI-BIANCHINI en 1933, celle d'ANGUS en 1936, celle de STRECKER, PALMER et BRACE-LAND en 1937, celle d'IGNASIO CASILLO en 1938, sont avec plus ou moins de succès en gros favorables à la méthode.

A côté de celles-ci il convient de citer deux statistiques défavorables. NOTKIN a traité par l'hématoporphyrine 10 mélancolies involutives et 10 démences précoces. Dans les 10 mélancolies, 1 amélioration nette, 3 améliorations légères et transitoires, 6 échecs. Dans les 10 démences

précoces, 10 échecs. STEINBERG prit 5 mélancolies involutives, 8 psychoses maniaques dépressives, 1 psychose sans diagnostic. Il eut 2 améliorations passagères, 12 échecs.

HÜHNERFELD pense que les doses employées par eux furent insuffisantes. On peut d'ailleurs remarquer que ces deux derniers auteurs se sont écartés notablement de la mélancolie essentielle. Il n'est d'utile comparaison que si l'on s'entend sur les objets à comparer. On a trop tendance en psychiatrie à se jeter sur les thérapeutiques nouvelles et à les appliquer à tous les syndromes mentaux sans distinction. Une légère dépression, un peu d'anxiété au cours de n'importe quelle psychose ont entraîné pour certains l'application immédiate de l'hématoporphyrine. Cette méthode ne peut conduire qu'au découragement et au scepticisme thérapeutique.

---

## CHAPITRE IV

---

# Observations

---

Les observations que nous publions sont toutes inédites. Elles ont été prises par nous dans le service de Monsieur le Docteur CHRISTY, médecin des Hôpitaux psychiatrie, chef de service à l'Hôpital psychiatrique du Vinatier, qui a bien voulu laisser ces documents à notre disposition. Il nous a guidé de ses conseils. La guerre a malheureusement interrompu trop tôt son aide. Les recherches de laboratoire, dosages dans le sang du calcium et de la réserve alcaline, ont été possibles grâce à l'obligeance de Monsieur le Professeur agrégé REVOL qui a tenu à exécuter lui-même une partie de ces travaux. Une autre partie le fut par nos camarades CHASSAGNE et RIGAUD, internes en pharmacie à l'hôpital du Vinatier. Nous leur en sommes très reconnaissants.

Nous avons employé une solution d'hématoporphyrine pure à 2 % en injections intra-musculaires. Le traite-

ment était ainsi conduit : une première série de 10 piqûres, la première de  $\frac{1}{2}$  cc., les 9 autres de 1 cc., un intervalle de 8 à 10 jours, une deuxième série de 10 piqûres, la première de 1 cc., les 9 autres de 2 cc.

Les malades soumis à ce traitement, l'ont été à l'exclusion de toute autre thérapeutique.

### OBSERVATION I

Mme V..., 50 ans. Entrée le 18 avril 1939.

Certificat de 24 h. Dr CHRISTY : ..., « syndrome dépressif du type mélancolique caractérisé par une douleur morale intense, une difficulté de la concentration de l'esprit, des idées délirantes d'auto-accusation, des troubles psycho-sensoriels. La malade entend des voix qui lui adressent des reproches et qui lui signifient qu'elle est damnée. »

La malade se présente avec une attitude humble, la tête inclinée sur l'épaule. L'expression du visage est triste, les yeux sont larmoyants. Elle s'exprime à voix basse, à peine intelligiblement.

Elle croit avoir beaucoup péché. En faisant cet aveu elle se met à pleurer abondamment. Elle se reproche en particulier des mauvaises pensées : elle aurait soupçonné son mari de vouloir la tuer par la fumée. Elle s'accuse également de pécher contre la chair. Elle pense que tout cela la mènera à l'enfer dont elle a une crainte extrême.

Parfois elle entend les voix de personnes qu'elle a connues (sœurs, belles-sœurs, etc...) Celles-ci l'entre-tiennent de son passé et le critiquent.

Elle nie toute idée de suicide.

Cette psychose aurait débuté après l'intervention que

l'on aurait pratiqué sur elle pour un fibrome. Il s'agirait d'une hystérectomie totale. A part cette opération on ne relève pas d'antécédents pathologiques. La malade n'a eu qu'une fille âgée actuellement de 19 ans et en bonne santé.

*Examen physique.* — On note un goître développé surtout au dépens du lobe droit. Léger tremblement. Pas d'exophtalmie. Système nerveux : réflexes pupillaires obtenus, réflexes tendineux vifs, réflexes cutanés abdominaux obtenus.

Appareil cardio-vasculaire : à l'auscultation les bruits sont normaux et réguliers, la tension artérielle est à 15/9, le pouls à 93.

Appareil pulmonaire : à droite dans les fosses sus et sous-épineuses, râles de gros calibre après la toux en rapport probablement avec un épisode tuberculeux antérieur.

Elle présente en outre de la moiteur des téguments, elle rougit dès qu'on l'approche. Son état vagotonique est confirmé par la recherche du réflexe oculo-cardiaque.

Par compression des globes oculaires le pouls passe de 93 à 70, accusant ainsi une chute de 23.

Le 26 avril nous recevons la visite de son mari. La malade a toujours été de tempérament peu expansif. Elle en est à son premier accès.

Le même jour on nous signale que la malade a tenté de se faire du mal avec des aiguilles, et qu'elle a essayé de se plonger les mains dans l'eau bouillante. Elle avoue avoir voulu faire cela pour expier.

La malade est mise en observation pendant quinze jours, sans traitement. Au bout de ce temps, le Docteur CHRISTY rédige le certificat suivant.

Certificat de quinzaine : ....., « mélancolie délirante, présentant en effet une douleur morale intense, elle exté-

riorise des idées délirantes d'humilité, d'auto-accusation, de damnation, avec pleurs, gémissements, désespoir. »

Le 4 mai on institue un traitement à l'hématoporphyrine.

Le 23 mai la première série de 10 piqûres est terminée. Meilleur état général. Le teint de la malade s'est coloré. Par ailleurs, bien qu'elle conserve encore une attitude mélancolique, yeux humides, tête inclinée, elle semble un peu moins triste et parfois ébauche un sourire. Elle est néanmoins toujours persuadée qu'elle est une grande pécheresse.

Le 3 juin on commence une nouvelle série de piqûres d'hématoporphyrine. A ce moment, on pratique les dosages du calcium et de la réserve alcaline. On a :

Calcémie = 0 gr. 100 par litre de sérum.

R. A. = 63 (par la méthode de Chambon).

Le traitement est terminé le 21 juin. Le 26, on pratique de nouveaux dosages. On a :

Calcémie = 0 gr. 109.

R. A. = 72, 2.

La malade est revue le 27 juin. On constate une grosse amélioration tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. La malade a un visage très coloré, elle a grossi, elle a très bon appétit, elle dort bien, elle se sent forte. Elle n'a pas la même allure effondrée. Elle se présente maintenant avec le sourire, celui-ci est facile à provoquer, elle comprend la plaisanterie et y participe. Elle n'est plus triste, elle fait la critique de son état antérieur, trouve que ses idées anciennes étaient sans fondement. La malade est véritablement transformée 2 mois après son admission.

Par prudence on surseoit à son départ. On ne l'autorise qu'un mois après, le résultat se maintenant favorable. Elle sort le 20 juillet.

*En somme, syndrome mélancolique typique. La malade en est à son premier accès. On relève dans ses antécédents un épisode tuberculeux silencieux, une hystérectomie totale qui semble marquer le début de l'accès. Par ailleurs, goître avec léger tremblement, mais pas d'exophtalmie. Le déséquilibre endocrinien joue très probablement un rôle ici. Réflexes tendineux vifs. Tension artérielle normale. Etat vagotonique attesté par des troubles vaso-moteurs et un R. O. C. positif. Au point de vue mental, douleur morale vive, son attitude est effondrée, son visage en larmes, idées d'humilité et d'auto-accusations, troubles psycho-sensoriels, tentatives d'auto-punition.*

*Elle est guérie un mois et vingt jours après le début du traitement, deux mois après son admission.*

## OBSERVATION II

Mme B..., 57 ans. Entrée le 23 avril 1939.

La malade a fait deux précédents séjours dans le service, le premier du 22 avril au 5 juin 1938, le deuxième du 25 juillet au 20 décembre 1938. Elle avait fait auparavant une tentative de suicide par pendaison. Le D<sup>r</sup> CONDOMINE avait porté le diagnostic suivant : psychose hallucinatoire, idées délirantes de persécution, réactions mélancoliques.

Elle revient à l'hôpital le 23 avril 1939. Le certificat de réintégration, signé du D<sup>r</sup> CHRISTY, est le suivant : « état de dépression psychique avec anxiété grave, allant jusqu'à la panophobie, pleurs, gémissements, idées de persécution mal systématisées, troubles psycho-sensoriels, idées de suicide. »

La malade se présente avec une attitude triste, la tête inclinée, les yeux larmoyants. Dès le début de l'interro-

gatoire elle se met à pleurer en disant que son mari est malade, et qu'ils sont à la charge de leurs enfants.

Elle raconte qu'autrefois on a cherché à lui faire du mal pour la chasser de son appartement. Elle entendait alors qu'on l'insultait. Elle se retournait et ne voyait personne. La dernière fois qu'elle est venue à l'asile, en y pénétrant, elle a entendu des menaces « on t'aura quand même... ». C'étaient des voix de femmes

Elle avoue avoir fait une tentative de suicide. Actuellement elle est très déprimée, très anxieuse, mais elle n'a nullement la méfiance et l'arrogance des persécutés. Par moments, et alors son anxiété redouble, elle a la sensation d'étouffer et elle sent « comme une boule qui lui monte dans l'estomac ».

On ne trouve rien au point de vue somatique si ce n'est une hyperreflectivité tendineuse et cutanée.

La tension artérielle est à 15/9, son pouls à 75. Par compression des globes oculaires, il passe à 70, donc réflexe oculo-cardiaque normal.

Au début de l'interrogatoire son pouls était à 90, à la fin il ne bat plus qu'à 75. Ce fait met en évidence son émotivité.

Le 4 mai, on institue un traitement à l'hématoporphyrine. Le 23 mai, la première série de 10 piqûres est terminée. Bon état général. Meilleur appétit qu'à l'arrivée. La malade se dit plus forte. Elle est néanmoins toujours triste et se fait des montagnes pour des riens, pour l'organisation de sa vie future, pour l'embarras supposé qu'elle donne à ses enfants, pour l'exiguïté de l'appartement de ceux-ci, etc... En outre, elle ne fait nullement la critique de son état antérieur. Elle reste persuadée qu'elle a eu des persécuteurs et que les voix qu'elle a entendues sont réelles. Ici, elle n'entend rien, du moins le dit-elle.

Le 3 juin, nouvelle série de piqûres. On effectue les dosages du calcium et de la réserve alcaline. On a :

Calcémie = 0 gr. 108.

R. A. = 67.

Le traitement se termine le 21 juin. Le 26, nouveaux dosages. On a :

Calcémie = 0 gr. 101.

R. A. = 73,5.

On constate une grosse amélioration tant au point de vue de l'état général qu'au point de vue mental. Elle a très bonne mine, très bon appétit, elle a faim, dit-elle, longtemps avant l'heure du repas, elle dort bien. Elle ne pleure plus même en parlant de ses soucis. Elle se rend compte, ou le prétend, qu'elle les grossissait exagérément. Elle est néanmoins réticente lorsqu'on aborde le sujet de ses persécuteurs. Cette remarque empêche d'envisager sa sortie.

Au mois d'octobre, son mari la réclame. La malade est revue le 10. Son amélioration n'a pas persisté. Elle croit toujours qu'on lui en veut. Elle entend : « On l'aura bien... » Les idées de persécution lui rendent la vie insupportable. Elle vit dans l'appréhension qu'on lui fasse des ennuis. Même ici, certaines personnes ont cherché à lui nuire. Elle se met à sangloter en disant : « Je suis une victime de la société... » Elle a entendu qu'on disait : « On va la jeter par la fenêtre, on l'aura ».

En somme, malgré une amélioration passagère, c'est un échec du traitement.

*Deux précédents séjours à l'hôpital psychiatrique au cours desquels on l'avait considérée comme une persécutée réagissant en mélancolique. Une tentative de suicide auparavant. Au cours de son séjour actuel, elle se présente comme une déprimée anxieuse avec idées de persécution vagues et troubles psycho-sensoriels. On*

*note la vivacité des réflexes tendineux, un R.O.C. normal, une tension à 15 9. L'hématoporphyrine l'améliore au point de vue somatique et semble influencer sur son état mental. Mais elle ne tarde pas à rechuter. Elle souffre à nouveau moralement. Ses idées de persécution et ses troubles psycho-sensoriels redoublent. Echec.*

### OBSERVATION III

Mme D..., 58 ans. Entrée le 9 mai 1939.

Certificat de 24 h. Dr CHRISTY....., « état psychopathique caractérisé par une douleur morale intense avec anxiété, du négativisme, du refus intermittent d'alimentation ; elle extériorise quelques idées délirantes : prétendant qu'elle répand de mauvaises odeurs, qu'elle est en train de se décomposer, elle réclame la mort. Elle porte de nombreuses ecchymoses sur les téguments. »

La malade a une allure effondrée. Elle répond par monosyllabes puis retourne immédiatement à ses préoccupations intimes. Elle ne fixe d'ailleurs pas son attention sur les questions qu'on lui pose. Au bout de quelques instants d'interrogatoire elle se prend la tête entre les mains, puis se cache le visage sur son bras replié et refuse de répondre.

Elle semble mettre à se taire une certaine obstination. Elle dit simplement : « qu'on me laisse donc tranquille ». Bientôt son entêtement semble cesser. Aux choses indifférentes elle répond un peu. Mais elle devient plus réticente si l'on aborde des sujets plus personnels, chagrins, ennuis d'argent, désaccords familiaux, « Faites de moi ce que voudrez, je ne dirai rien ».

Elle présente à la joue droite et dans la région orbitaire, une volumineuse ecchymose, elle en porte égale-

ment aux jambes. Elle ne veut rien dire touchant leur origine, elle nie avoir voulu se faire du mal.

Un moment plus confiante, elle raconte qu'hier elle a entendu dans le service ces mots : « Elle est bien gentille, mais elle sent mauvais, on va lui faire une piqûre pour mourir ». Elle se tourne alors vers les assistants : « Faites-la moi tout de suite cette piqûre et que ce soit fini ». Elle-même trouve qu'elle répand une mauvaise odeur. Elle ne s'en étonne pas car elle croit qu'elle se décompose. Puis nouvelle période de mutisme obstiné.

On pense à une mélancolie avec idées hypocondriaques et tentatives de suicide, bien que les ecchymoses n'aient pas fait leurs preuves. Son obstination fait cependant faire quelques réserves.

La malade est très lucide. Elle observe avec attention ce qui se passe autour d'elle.

Mariée, elle n'a pas eu d'enfants. Au point de vue somatique, peu de choses : maigreur extrême, langue saburrale, les réflexes sont obtenus, la tension est à 15/8, le pouls bat à 80, par compression des globes oculaires il ne bat plus qu'à 60, donc légère vagotonie.

Le 11 mai, nous recevons la visite de sa sœur. La malade lui aurait avoué qu'elle avait l'intention de se tuer au gaz d'éclairage. Elle vivait seule au milieu d'animaux divers (chiens, pigeons, moineaux, canaris. .) Depuis 7 ans elle se plaint de maux d'estomac et se drogue copieusement et sans discernement. Elle se croit toutes les maladies, va voir très souvent le médecin, mais jamais le même.

Le 22 mai, la malade, calme jusqu'à présent, se met à s'agiter. Elle est très anxieuse. Elle se débat au milieu d'idées d'auto-accusation vagues. Elle est une malheureuse, dit-elle ; elle a déshonoré sa famille qui est honnête.

Le certificat de quinzaine, rédigé par le Dr CHRISTY,

est le suivant : « mélancolie délirante, douleur morale, délire d'auto-accusation, nombreuses préoccupations hypocondriaque, anxiété, idées de suicide. »

La malade présente des idées délirantes polymorphes, variables d'un jour à l'autre, et dont le point de départ se trouve dans les multiples incidents de la vie quotidienne. Elle a entendu dans la salle que l'on disait : « Elle a eu des rapports avec son chien ».

Elle proteste avec véhémence contre une telle accusation. Elle raconte aussi qu'un de ses frères est venu ici et qu'il y a été assassiné. Tout cela elle l'a appris par son entourage car c'est « la chronique de tout le monde ici ». Elle se reproche cette mort car elle en est la cause indirecte puisque son frère venait ici pour lui rendre visite. On voit que ces idées délirantes sont vraiment absurdes.

La malade est anxieuse, elle s'attend toujours à quelque cataclysme. Elle est triste, et agressive dans sa tristesse : « Ce n'est pas la peine de m'interroger, ce n'est pas la peine de m'examiner ». Elle a un mouvement de recul lorsqu'on cherche à la toucher.

Lorsqu'elle quitte la salle d'examen, on remarque qu'elle steppe. On la fait revenir, son steppage est incontestable. On constate du côté gauche, où elle a ce trouble de la démarche, de l'hypotonie du tendon d'Achille. Probablement paralysie du sciatique, poplité externe.

Le 4 juin, la malade fait une tentative de suicide en se jetant contre un mur, tête première. Elle porte à la suite de cela une volumineuse ecchymose à la joue droite. Elle se débat contre cette idée « répandue par certains » qu'elle a tué son frère et son neveu. Très sérieusement et avec énergie elle affirme que c'est faux. L'accusation est pour elle si peu fictive qu'elle cherche à donner des preuves de son innocence : « Je n'ai pas quitté la division, etc... ».

Le 14 juin on commence une série de piqûres d'hémaporphyrine. On effectue en dosages habituels.

Calcémie = 0 gr. 102.

R. A. = 72.

Le 17 juin la malade refuse de s'alimenter. On est obligé de recourir à la sonde. Son état général s'altère progressivement.

Le 26 juin elle présente une température à 39°7, elle est considérablement amaigrie, elle est déshydratée, une petite escharre sacrée apparaît. On lui fait 250 cc. de sérum physiologique. Le lendemain on lui en fera 500 cc. et cette dose sera répétée chaque jour.

Le 29, sa température oscille entre 39° et 40°. Elle se cachectise progressivement, l'escharre sacrée gagne en profondeur et en surface.

De plus il est apparu une tuméfaction parotidienne dure, tendue, bien limitée, sans fluctuation. Son alimentation devient de plus en plus difficile. Elle s'affaiblit de jour en jour. Elle meurt le 3 juillet à 5 heures.

*Il s'agit d'une malade qui présente une douleur morale intense, des idées délirantes variables d'un jour à l'autre, du négativisme de façon intermittente. Elle avait, semble-t-il, depuis quelque temps des idées hypochondriaques et désirait la mort. Elle fait à l'hôpital un accès d'agitation anxieuse au cours duquel elle tente de se tuer. Examen somatique : maigreur, langue saburrale, tension normale, R. O. C. augmenté traduisant un état vagotonique, paralysie du sciatique, poplité externe.*

*Dès le début du traitement elle refuse de s'alimenter. Son état général s'altère, elle se cachectise, la fièvre s'altère, une tuméfaction parotidienne apparaît. Mort.*

#### OBSERVATION IV

Mme B..., 32 ans. Entrée le 6 juin 1939.

Certificat de 24 h. D<sup>r</sup> CHRISTY : ....., « confusion mentale avec idées délirantes oniriques, excitation cérébrale, troubles psycho-sensoriels, agitation psychomotrice. En proie à un état panophobique, la malade extériorise avec cris, pleurs, des idées de persécution mal systématisées. »

Après quinze jours d'observation, le certificat de quinzaine fut rédigé ainsi par le D<sup>r</sup> CHRISTY : « mélancolie avec stupeur réalisant par périodes un syndrome de passivité. Douleur morale, auto-accusation, anxiété, sidération émotive, sentiment de dépersonnalisation et d'étrangeté, cris, pleurs, sitiophobie, agitation. »

La malade était à l'entrée dans un état de grande agitation. Elle se dressait sur son lit, tendait les bras et criait. Elle appelait quelqu'un à son secours. Elle ne faisait nullement attention à ce qui se passait autour d'elle et ne répondait pas aux questions. Elle présentait alors une température subfébrile à 37°8.

Le lendemain elle est plus calme. Elle semble même asthénique, elle remue peu, elle parle lentement, avec une certaine peine, elle recherche une pensée difficile à fixer. Mais elle ne met à répondre aux questions aucune mauvaise volonté. Elle nous raconte qu'elle a perdu son mari au mois de décembre 1938 d'une affection de la moelle (?) pour laquelle on lui aurait fait de l'urotropine. Elle a un petit garçon de 23 mois.

Elle ne présente pas de troubles notables de la mémoire. Elle répond correctement lorsqu'on lui pose quelques grosses questions historiques. Elle ignore la date exacte du jour mais sait que l'on est en juin. Elle se souvient qu'elle a changé de lit depuis hier. Elle situe

à peu près le lieu où elle se trouve. « Ici, c'est un milieu de personnes qui communiquent entre elles, un milieu de psychiatrie ».

Elle appelle la souffrance car elle croit la mériter pour ses méfaits : « Faites-moi souffrir. Je veux souffrir pour me racheter ». Puis quelques instants après : « J'ai fait du mal aux autres. A mon mari qui était bon. A toute ma famille. On va me couper la tête ». Sa douleur morale est encore avivée par le sentiment qu'elle a de manquer de sensibilité. Cette absence de cœur lui a fait, croit-elle, gâcher la vie des autres, en particulier celle de son mari. « Quand mon mari a été malade, je n'ai pas éprouvé la douleur que j'aurais dû ».

Elle a également l'impression pénible que les autres comprennent sa pensée.

*Examen physique.* — Les ongles de la malade sont rognés car elle a toujours eu l'habitude de se les ronger.

Son état général est précaire. Elle est très amaigrie. On sent les battements de son aorte à travers la paroi abdominale. Elle est constipée.

Les réflexes tendineux sont vifs, les réflexes pupillaires sont obtenus. Sa tension artérielle est à 15/7. Son pouls, qui bat normalement à 65, passe à 60 par compression des globes oculaires. Donc réflexe oculocardiaque normal.

Le 14 juin on institue le traitement à l'hématoporphyrine. Les dosages habituels donnent les résultats suivants :

Calcémie = 0 gr. 99.

R. A. = 61.

Le 17 juin, on a la surprise de constater qu'elle présente un syndrome catatonique. Elle maintient ses segments de membre dans la position où on les a mis, si étrange, si inhabituelle soit-elle. Elle les abaisse dès

qu'on lui en intime l'ordre. On peut se demander si cette catatonie n'est pas en rapport avec la docilité de la malade. Elle n'est pas discordante. On est frappé par son extrême asthénie. Elle refuse de s'alimenter. Par ailleurs elle souffre, dit-elle, de se sentir froide, de ne pas vibrer. « Indifférence n'est pas le mot, précise-t-elle ». Ce serait plutôt l'impression qu'il y a quelque chose de changé dans ses réactions affectives.

Le 21 juin, nous recevons la visite de son beau-frère. Il nous apprend que le père de la malade, mort actuellement, présentait des périodes d'excitation et de gaieté anormales, sans doute des accès maniaques. La malade elle, a toujours été de caractère renfermé. Elle était très jalouse de son mari. Il est à noter que pendant sa grossesse elle fit un premier accès dépressif. En décembre 1938, son mari tomba très gravement malade. Deux ou trois jours avant la mort de celui-ci, la malade refusa de s'alimenter et dit à sa sœur : « S'il meurt, je me tuerai et auparavant je tuerai mon petit ». Elle se mit à délirer. Soignée quelque temps chez sa sœur, elle le fut ensuite en maison de santé. Elle en sortit le 2 janvier. Elle reprit ses occupations. Mais un dimanche sa sœur et son beau-frère, qui lui rendaient visite, la trouvèrent bizarre. Elle parlait beaucoup. Elle extériorisait des idées de jalousie envers sa belle-famille : « Si je savais que Jean ait aimé sa mère plus que moi, je la tuerais ». Elle se montra alors de plus en plus énervée. Ce fut le début de l'affection actuelle.

Nous revoyons la malade le même jour. Elle est toujours prostrée, le faciès douloureux. Elle se dit très lasse. Elle n'a plus la force d'extérioriser sa douleur morale. On observe un changement dans sa réflexivité : ses réflexes rotuliens sont vifs, ses achilléens sont d'une vivacité telle qu'on obtient une réponse au moindre contact, si léger soit-il, ses cutanés abdominaux sont éga-

lement très vifs. Elle présente quelques soubresauts dans les muscles peauciers et dans les doigts.

Le 28 juin on pratique une ponction lombaire. La tension est de 20 au manomètre de Claude. Le laboratoire enverra le lendemain les résultats suivants :

1°) Réaction du benjoin colloïdal : floculation dans la zone normale étendue aux premiers tubes de la zone méningitique.

2°) Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

3°) Cytologie : moins d'un élément par mm<sup>3</sup>.

4°) Glucose : 0,68 ‰.

Albumine : 0,25 ‰.

Le 2 juillet on termine la première série de piqûres. Le 7, état mental sans grand changement. La malade est cependant un peu moins bradypsychique et moins anxieuse. Elle s'alimente quelquefois seule. Par contre, son état général est nettement meilleur. Son visage est plus coloré.

Le 11 juillet on commence la deuxième série de piqûres d'hématoporphyrine. On fait doser calcium et réserve alcaline. On a :

Calcémie = 0 gr. 115.

R. A. = 67,9.

Le 18 juillet on constate une amélioration sensible. La malade mange seule et suffisamment. Elle a bonne mine. On arrive à lui faire ébaucher un sourire.

Sa sœur, qui vient nous rendre visite quelques jours plus tard, nous apprend que la malade a toujours été de tempérament taciturne. Il lui arrivait étant jeune fille de rester deux jours sans parler. Si on lui demandait la raison de son mutisme, elle fondait en larmes.

Le 29 juillet, fin de la deuxième série de piqûres.

Calcémie = 0 gr. 101.

R. A. = 71,3.

L'amélioration est trop légère pour qu'on puisse penser à une sortie.

Le 12 octobre, la malade est revue. Son état général est excellent. Elle a bon appétit, d'ailleurs elle a beaucoup grossi. Par ailleurs, elle est assez calme et s'occupe un peu. Elle reste néanmoins assez anxieuse. Elle redoute pour elle des catastrophes. Elle semble ne plus croire à la mort de son mari et s'imagine qu'il se trouve actuellement chez ses parents.

En somme il y a surtout une grosse amélioration au point de vue physique. Au point de vue mental, l'amélioration est très légère.

*Le jour de son arrivée la malade fait un épisode d'allure confusionnelle avec agitation psycho-motrice. Elle est alors en proie à un état panophobique. Le lendemain, asthénie, bradypsychie, pas de troubles de la mémoire. Elle extériorise une douleur morale intense avec idées d'auto-accusation et sentiments d'étrangeté. Très anxieuse. Quelques jours plus tard elle présente un syndrome catatonique qui ne persiste que peu.*

*Antécédents héréditaires paternels vésaniques : son père aurait été atteint de psychose maniaco-dépressive. Antécédents personnels : un accès dépressif antérieur. Choc émotif quelques mois avant son internement : elle perdit son mari après une très courte maladie.*

*Examen somatique : état général précaire, amaigrissement. Réflexes tendineux vifs, R. O. C. normal. Tension artérielle normale. P. L. : tension à 20 au manomètre de Claude, les examens sérologiques, cytologiques et chimiques ne révèlent rien.*

*Au bout de quelques jours de traitement, aspect floride, elle grossit beaucoup. Son état mental change un peu en bien. Deux mois après le traitement son excellente santé physique a persisté, son état psychique n'est que peu amélioré. Bref, amélioration légère.*

#### OBSERVATION V

Mme C..., 58 ans. Entrée le 12 juin 1939.

Certificat de 24 h. D<sup>r</sup> CHRISTY : . . . . ., « mélancolie délirante, douleur morale avec pleurs, attitude découragée, idées d'auto-accusation avec crainte et réclamation de châtiments. La malade qui s'accuse de multiples façons demande la prison et de mauvais traitements ».

La malade, qui a de l'embonpoint, présente un faciès fleuri, couperosé. Son père aurait souffert d'une maladie de nerfs ; il s'est pendu à 64 ans. Elle a eu deux fils qui sont en bonne santé ; elle aurait subi une intervention pour cholécystite. A l'âge de 20 ans, elle aurait fait un premier accès dépressif pour lequel elle aurait été soignée à l'Hôtel-Dieu.

La maladie actuelle aurait été précédée de douleurs gastriques, sensations de lourdeurs... La malade parle abondamment et d'une façon assez décousue. Elle s'accuse de petites fautes anciennes ; quand elle était jeune, elle aurait dérobé un peu d'argent à sa patronne ; il lui arrivait aussi de profiter de ses sorties pour « courir un peu les garçons ». Toutes ces peccadilles lui pèsent beaucoup et elle se met à sangloter. De tout cela, elle voudrait demander pardon à ses fils. Ici, elle se reproche la nourriture qu'elle prend et comme elle ne sait pas coudre, elle ne pourra pas gagner ce qu'elle mange. Elle a peur ainsi de déshonorer les siens.

Il faut noter que la malade vivait dans la même maison qu'un de ses fils, dans une oisiveté relative. Ses enfants, très gentils pour elle, devaient s'ingénier à lui éviter tout travail. Elle avait ainsi tout le temps de ruminer ses pensées moroses.

La malade tique, elle cligne des yeux. A l'examen somatique, on note à l'abdomen de l'adiposité de la paroi, une cicatrice opératoire dans l'hypocondre droit. Au point de vue nerveux, hyperéfectivité tendineuse. Sa tension artérielle est 16,5/9. Son pouls bat à 90 ; il passa à 70 avec compression des globes oculaires, donc légère vagotonie.

Le 22 juin, nous faisons venir la malade au cabinet médical : « J'ai perdu le moral depuis 15 jours, dit-elle en s'asseyant, je voudrais voir mes fils ; ils étaient bien gentils, je ne sais pas pourquoi ils m'ont amenée ici ».

Elle se met à pleurer car sa présence à l'établissement est un déshonneur pour sa famille.

— Vous êtes une brave femme, lui demande-t-on.

— Oh ! je ne crois pas.

Elle rapporte à elle tout ce qui se passe, tout ce qu'elle entend autour d'elle. Elle n'aime pas la T.S.F. : « C'est pour moi ce qu'on y chante ».

L'autre nuit, elle a entendu que l'on parlait d'elle : « Ce qu'on m'a dit, cela m'a fait honte, je n'ose pas le dire, c'est trop vilain ». Dans la salle aussi, on l'insulta, on lui a dit des grossièretés. Tous ces discours, elle les tient d'un ton découragé et lamentable ; même lorsqu'il s'agit de rapporter les choses les plus banales, comme : « je n'ai plus mes lunettes ». Elle est très puérile.

Le 24 juin, première série de piqûres d'hématoporphyrine ; chez elle, on se contente de doser la réserve alcaline car elle se prête mal aux prises de sang. On a :

R. A. = 62,7.

Le 27 juin, le certificat de quinzaine rédigé par le D<sup>r</sup> CHRISTY est le suivant :

« Syndrome mélancolique avec douleur morale, délire d'humilité et d'auto-accusation, troubles psycho-sensoriels. Elle ne mérite pas sa nourriture, dit-elle, elle réclame divers châtiments ; elle montre une anxiété vive avec désir de la mort ».

La malade ne fait pas la critique de son état antérieur et présent. Elle se reproche de ne pas travailler et pourtant ne fait pas d'effort pour se mettre au travail ; elle a l'esprit uniquement concentré sur l'idée de retourner chez elle. Elle se met à pleurer lorsqu'on lui demande si elle entend toujours des grossièretés. Très légèrement au point de vue physique, attitude moins effondrée.

Le 12 juillet, fin de la première série de piqûres. Le 18, on constate une petite amélioration ; la malade n'entend presque plus les insultes qu'elle percevait à la tombée du jour et de la nuit. Elle montre un peu plus d'ardeur au travail. Elle a assez bon appétit. Elle n'a plus tendance à l'auto-accusation. Elle ne fait pas toujours la critique de son état antérieur. Ceci n'est pas uniquement le fait de sa maladie, mais aussi de sa pauvreté en moyens intellectuels :

R. A. = 61,2.

Le 22 juillet, deuxième série de piqûres. Le 9 août, fin de cette série. Le 12, R. A. = 61. La malade va assez bien, elle dort régulièrement ; elle n'entend plus des insultes ; encore quelques tendances à l'anxiété. Des circonstances familiales empêchent d'envisager sa sortie.

Le 12 octobre, l'amélioration se maintient, est même plus sensible, l'état général est floride. La malade se rend maintenant compte qu'elle a été malade. La sortie n'est plus qu'une question d'arrangement avec la famille. Elle est très proche.

*Avant le début de son accès, la malade accusait des sensations cénesthésiques diverses. Puis douleur morale avec idées d'auto-accusation, elle réclame des châtiements, troubles psycho-sensoriels.*

*Antécédents héréditaires : pséaniques paternels. Antécédents personnels : un accès dépressif, une intervention pour cholécystite.*

*Examen somatique : aspect floride, réflexes tendineux vifs, R. O. C. augmenté traduisant une légère vagotonie, tension artérielle normale.*

*Sous l'influence du traitement disparition des troubles psycho-sensoriels et des idées d'auto-accusation. La malade reprend goût à la vie. Elle est guérie un mois et 20 jours après le début du traitement, deux mois après son admission.*

#### OBSERVATION VI

Mme L..., 36 ans. Entrée le 15 juin.

Certificat de 24 h. D<sup>r</sup> CHRISTY : . . . . ., « mélancolie délirante. Elle extériorise en des propos puérils, une douleur morale intense avec désespoir, cris, pleurs, gémissements, refus d'alimentation ».

La malade paraît en proie à un violent désespoir ; elle se tient dans le fauteuil du cabinet médical prostrée dans une attitude suppliante et gémit sans cesse. Sa mimique, ses gestes sont étranges, et à ce point outrés que l'on pourrait les juger théâtraux ; à tort, car son anxiété est réelle. L'ampleur de ses réactions est plus imputable à sa nature qu'au désir d'attirer l'attention sur elle.

Elle entremêle ses plaintes de propos puérils et souvent décousus :

— « Je suis une malheureuse, ma cervelle a mal travaillé.

— Qu'a-t-elle dit votre cervelle ?

— Des péchés.

— Qu'avez-vous donc fait ?

— Oh ! mon Dieu ! Qu'est-ce que je vais souffrir, oh ! oh !... Le petit pigeon n'a pas sauvé... Monsieur l'abbé non plus... »

Elle répète en gémissant :

— Monsieur l'abbé... Monsieur l'abbé... quelqu'un a roucoulé pour moi.

— Qui veut roucouler ? On vous a jeté un sort ?

— Oui, c'est cela.

— Etes-vous une méchante femme ?

— Non, je prie le bon Dieu.

A ce moment, courbée en deux, elle palpe les pieds d'un assistant et dit :

— La Sainte Vierge est là.

Elle dit encore : Qu'est-ce qu'ils m'ont fait faire, oh ! mon Dieu !... (Elle veut dire par là qu'on l'a contrainte à pécher).

Elle refuse de tirer la langue, d'ouvrir les yeux ; elle n'accepte aucune alimentation.

Au point de vue somatique, on note simplement l'odeur très aigrelette de l'haleine, et de la stase intestinale.

Sa tension artérielle est à 13/8. Son pouls bat à 72, il passe à 55 avec compression des globes oculaires, on ne peut donc guère parler de vagotonie.

Le surlendemain, nous revoyons la malade, tout interrogatoire est impossible. Elle s'agite sur son lit en gémissant. Son anxiété va croissant ; on a été obligé de la maintenir. Le 20 juin, même attitude ; elle se tient dans son lit en chien de fusil ; le visage enfoui dans

L'oreiller, elle pleure et gémit comme un enfant capricieux. Elle s'entête bêtement à tenir les yeux fermés et à se détourner de l'interlocuteur.

Le 21 juin, visite de son mari. Il nous apprend que le père de la malade est mort à 76 ans de pleurésie d'origine indéterminée. Sa mère, après les couches de son aîné, fit un accès dépressif qui dura environ 3 semaines.

Une sœur de la malade a été soignée à l'asile de Privas. La malade a suivi pendant 4 mois un régime rigoureux prescrit pour 1 mois seulement. Son affection actuelle semble avoir débuté après ces restrictions. Elle croyait alors qu'elle était punie pour avoir fait du mal à quelqu'un.

On suit le mari auprès du lit de sa femme ; elle dit alors : « C'est la fin, c'est la fin! », interprétant cette visite comme un signe précurseur de son agonie. On entend alors au milieu de ses plaintes le mot « asticots », montrant bien par là qu'elle pense à sa mort et à son cadavre ; à un autre moment, elle déclare être transformée en singe.

Le 24 juin, première série de piqûres d'hématoporphyrine.

Calcémie = 0 gr. 103.

Uréa = 60,9.

Le 3 juillet, la malade semble moins bradypsychique. Ses réponses sont rapides, brèves, sèches, même agressives. Elle a bonne mine.

Nouvelle visite du mari le 6 juillet. La malade, nous dit-il, a commencé à se plaindre il y a à peu près un an. Elle souffrait au début de céphalées ; le médecin consulté alors prescrivit un régime pour le foie. Elle le suivit, exagéra même au point de ne plus se nourrir que de pommes de terre et de nouilles. Elle perdit ainsi presque 11 kilogs. Elle se fit beaucoup de soucis au

moiment des mobilisations de septembre 1938 et d'avril 1939, au cours desquelles son mari fut incorporé.

Contrairement à ce que pourrait faire croire son délire, elle n'était pas habituellement très religieuse. Elle se révèle maintenant jalouse avec son mari, ce qui contraste avec son habitude antérieure : « Es-tu heureux maintenant avec ta nouvelle femme ? » lui a-t-elle dit, lors de sa dernière visite.

Le 12 juillet, fin de la première série de piqûres. Le 18, on constate une légère amélioration. La malade n'est plus bradypsychique, on provoque assez facilement son sourire ; cependant, elle est encore délirante, il lui arrive de refuser de manger car elle croirait, si elle acceptait la nourriture, commettre un péché. Bon état physique, mine colorée.

Le 22 juillet : R. A. = 66,4.

Le 22 juillet, deuxième série de piqûres ; le traitement prend fin le 9 août. Le 12 on a :

Calcémie = 0 gr. 109.

R. A. = 64.

L'état mental est sans changement.

Le 12 octobre, on constate un état général excellent, une mine florissante. L'état mental n'est guère amélioré bien que la malade soit moins anxieuse. Elle est toujours triste : « Je suis une malheureuse entre les malheureuses ». Elle délire encore : « Mes parents sont là, oui là dessous ». Il ne peut être question de sortie.

*En somme anxiété vive, douleur morale, idées d'auto-accusation, idées de transformation corporelle, siliophobie.*

*Antécédents héréditaires vésaniques maternels. antécédents collatéraux vésaniques. Antécédents personnels :*

*grosse restriction alimentaire prolongée, choc émotif au moment des mobilisations.*

*Examen somatique : odeur aigrette de l'haleine, stase intestinale, tension artérielle normale, R. O. C. normal.*

*Après le traitement, légère amélioration mentale et grosse amélioration somatique. La dernière persiste, la première n'est que passagère. Echec.*

## OBSERVATION VII

Mme L..., 50 ans. Entrée le 29 juin.

Certificat de 24 h. D<sup>r</sup> CHRISTY :.... « syndrome dépressif du type mélancolique avec conscience, caractérisé par de la douleur morale, du dégoût de l'existence, des sentiments d'impuissance, d'incapacité, de l'anxiété ».

La mère de la malade, âgée actuellement de 75 ans, a eu 15 enfants. Elle-même en a eu 8. Au point de vue physique, on relève peu de choses dans ses antécédents. Elle aurait été soignée récemment par le médecin de son pays pour dyspepsie.

Au point de vue mental, elle fit un premier accès dépressif, il y a neuf ans ; elle ne fut pas internée.

La malade s'exprime d'une voix sourde. Son affection actuelle a débuté il y a déjà quelque temps. Il lui arrivait chez elle de pleurer sans raison. La malade est triste, déprimée, mais elle se rend parfaitement compte que sa tristesse est sans motif.

Elle éprouve un sentiment d'impuissance devant cette tristesse qui la gagne. Elle n'a pas d'idées d'auto-accusations. Elle nie toute tentative de suicide et prétend n'avoir pas envie d'en finir avec la vie. Elle insiste beau-

coup sur le mauvais fonctionnement de son estomac. Non pas qu'elle en souffre, mais elle a l'impression que les aliments ne passent pas, en particulier la viande. Cela la conduisit à des restrictions alimentaires, elle ne se nourrissait plus que de potages, de purée, de pâtes. .

Au point de vue somatique, peu de choses à signaler ; un léger goître, de la stase intestinale. Ses réflexes tendineux et cutanés sont vifs. Sa tension artérielle est à 15/9 ; son pouls bat à 60. Le réflexe oculo-cardiaque est normal.

Le 3 juillet, on commence la première série de piqûres d'hématoporphyrine.

R. A. = 66.

Le 18 juillet, on constate une légère amélioration ; la malade a bon appétit, elle digère tout et ne se plaint plus de l'estomac. Elle nous confirme la rigueur de son ancien régime. Elle n'a pas mangé de viande pendant 14 mois.

Le 21 juillet, fin de la première série de piqûres, le 28, on a :

R. A. = 65,4.

Le 1<sup>er</sup> août, deuxième série de piqûres. Elle se termine le 19 août. On ne dose pas la réserve alcaline, la prise de sang s'avérant très difficile. La malade va très bien, tant au point de vue mental qu'au point de vue physique, on attend cependant pour constater si l'amélioration se maintient.

Le 10 septembre, la malade va aussi bien que possible ; son état général est excellent, elle digère bien. Son état mental est parfaitement satisfaisant, elle n'est plus triste, elle envisage la vie avec confiance. Elle sort le 14 septembre.

*On note donc dans les antécédents personnels : un accès dépressif antérieur, des restrictions alimentaires très sévères.*

*Examen somatique : léger goitre, stase intestinale, réflexes tendineux et cutanés vifs. R. O. C. normal, tension artérielle normale.*

*Au point de vue mental, douleur morale avec sentiment d'impuissance, d'incapacité. Elle a conscience de son état.*

*La malade est guérie 43 jours après le début du traitement, un mois et demi après son admission.*

#### OBSERVATION VIII

Mme C..., 52 ans. Entrée le 30 juin 1939.

Certificat de 24 h. Dr CHRISTY : . . . , « dépression mélancolique avec conscience. Douleur morale avec anxiété vive, troubles psycho-sensoriels auditifs du type illusion ; scrupules excessifs ; idées d'auto-accusation ».

Les antécédents héréditaires et collatéraux de la malade sont assez chargés. Sa mère fit 2 ou 3 fausse-couches. Elle perdit deux frères à l'âge de 17 et 13 ans. ; une sœur à l'âge de 20 ans, de tuberculose pulmonaire. Elle-même a eu trois enfants, un garçon qui mourait d'une méningite à 7 ans, une fille de 26 ans actuellement en bonne santé, un fils de 21 ans, interné présentement à l'hôpital du Vinatier pour démence précoce.

La malade a fait plusieurs accès dépressifs. Elle fut hospitalisée à Grange-Blanche en mai 1939, pendant une quinzaine de jours, dans le service de M. le Professeur LÉPINE. Elle y retourna 8 jours après sa sortie et y

resta encore une quinzaine. Elle y retourna le 30 juin et fut amenée ici.

Elle raconte qu'elle allait à l'hôpital pour se mettre à l'abri. Chez elle, elle avait peur que la police ne vienne la chercher pour la mener devant la justice. Elle se reprochait en effet les conversations qu'elle avait tenues avec une camarade d'usine, conversations au cours desquelles elle se laissait aller à médire. De plus, lorsqu'elle était à la fenêtre de son domicile, elle interprétait comme la visant tous les propos des passants. « Ça va être pour samedi, disait l'un ». Elle croyait que samedi les agents allaient venir la prendre ; elle se mettait alors à pleurer. Ces accès de larmes se produisaient surtout le soir.

Au point de vue somatique, on ne relève que de la constipation. La tension artérielle est à 17/10 ; le pouls bat à 60. Le réflexe oculo-cardiaque est normal.

Le 3 juillet, on commence une série de piqûres d'hématoporphyrine.

Calcémie = 0 gr. 103.

R. A. = 70.

Sa fille nous rend visite le 8 juillet. Elle ne connaît dans leur famille, comme malades mentaux, que son frère et sa mère. Celle-ci, nous dit-elle, a toujours été sujette à des périodes de tristesse.

Dès le 18 juillet, la malade est améliorée. Elle a bonne mine, bon appétit, elle s'occupe bien. Ici, elle déclare ne plus rien entendre ; mais elle ne désire pas sortir pour le moment.

La première série de piqûres est terminée le 21 juillet ; le 28, on fait les dosages habituels :

Calcémie = 0 gr. 113.

R. A. = 70,7.

La malade nous dit le 31 juillet qu'elle a peur de re-

prendre sa vie habituelle. Elle travaille bien, elle est moins triste.

Le 1<sup>er</sup> août, deuxième série de piqûres, la série est terminée le 13 août. Les dosages du calcium et de la réserve alcaline ne peuvent être faits en raison de la difficulté de la prise de sang. Très grosse amélioration, la malade va aussi bien que possible, elle n'est plus triste. On retarde cependant sa sortie par mesure de prudence.

Le 25 septembre, l'amélioration ayant persisté, la malade sort.

*La malade appartient à une famille où la tuberculose a fait des ravages. Elle-même a perdu un enfant de méningite tuberculeuse. Elle a un fils actuellement interné pour démence précoce. Quant à elle, elle a fait plusieurs accès dépressifs.*

*Douleur morale avec troubles psycho-sensoriels auditifs, idées d'auto-accusation. Conscience du caractère pathologique de son état.*

*Rien à signaler au point de vue somatique.*

*Guérison 43 jours après le début du traitement, un mois et demi après son admission.*

## OBSERVATION IX

Mme B..., 27 ans. Entrée le 21 juillet.

Certificat de 24 h. D<sup>r</sup> CHRISTY : . . . , « mélancolie délirante avec douleur morale intense, difficulté de concentration de l'esprit, elle extériorise des idées délirantes d'auto-accusation, des sentiments d'étrangeté et d'incapacité. Refus d'aliments, idées de suicide. »

Dans les antécédents de la malade, on relève la mort d'un de ses frères à la suite d'une méningite. Un oncle

du côté paternel a présenté des périodes de dépression, mais ne fut jamais interné. Une tante du côté paternel a présenté des périodes d'agitation ; un cousin, toujours du côté paternel, fit plusieurs accès dépressifs. Il fut soigné dans un établissement spécialisé, il est actuellement guéri et marié.

La malade s'est mariée à 18 ans ; elle a une fillette de 11 ans, en bonne santé. Elle prétend qu'en 1932, son mari lui aurait donné la syphilis. Elle eut une fausse couche en 1932. Depuis une fièvre thyphoïde, qu'elle contracta en 1938, elle souffre de céphalées et d'absence de mémoire. Son mari, marin à bord d'un navire de commerce, est mort en 1932 dans un accident d'automobile. Elle habitait alors Toulon. Elle vint à Lyon. Depuis quelques années elle y vivait avec un ami qui, en mai 1939, s'est tué en motocyclette. C'est de cette mort que date, d'après elle, le début de son affection actuelle.

On est en présence d'une malade très asthénique, très déprimée. Le regard vague, les yeux humides, extrêmement lasse au point de ne pouvoir marcher que si on la soutient, la malade est en proie à une vive douleur morale. Par moments, il lui arrive de refuser de s'alimenter par inappétence et aussi pour mourir de faim. Elle avoue franchement qu'elle désire la mort. Elle a essayé, dit-elle, de se jeter dans une rivière.

— Vous reprochez-vous quelque chose ?

— Oh ! oui, beaucoup de choses.

et elle se met à pleurer.

— Qu'avez-vous donc fait ?

— Je n'ai pas été sérieuse. Je suis incapable de gagner ma vie et celle de ma fille.

Elle a de plus le sentiment qu'elle n'est pas comme autrefois, qu'elle est transformée ; ce sentiment lui est pénible. Ses réponses sont difficiles à obtenir, elle est très bradypsychique.

A l'examen physique, les réflexes tendineux sont vifs, les réflexes pupillaires sont obtenus. Le pouls bat à 80, le réflexe oculo-cardiaque est normal. La tension artérielle est à 11/7. Elle est de plus habituellement constipée.

Le 28 juillet, on commence la première série de piqûres d'hématoporphyrine. Le lendemain, on pratique une ponction lombaire et une prise de sang. Dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction de Bordet-Wassermann est négative. La réaction du benjoin colloïdal donne le résultat suivant : floculation partielle dans la zone spécifique.

On a de plus dans le liquide céphalo-rachidien :

Albumine = 0 gr. 45 %.

Sucre = Normal.

Cellule de Nageotte : 7,5, éléments blancs par mm<sup>3</sup>.

Il faut préciser qu'une veinule avait été piquée au cours de la ponction. Dans le sang, les réactions de Bordet-Wassermann, de Kahn, de Meinicke, sont négatives.

Le 25 août, on entreprend une deuxième série de piqûres, elle se termine le 12 septembre. La malade est améliorée, elle est plus raisonnable et envisage la vie avec courage.

Le 12 octobre, état général florissant, mais état mental moins bon ; la malade pleure en parlant de son enfant. Elle ne désire pas sa sortie, car elle a peur de la vie en raison des événements ; cependant elle montre de la bonne volonté et dit qu'elle fera tout pour guérir. En somme, petite amélioration, mais il est impossible d'envisager sa sortie présentement.

*Antécédents collatéraux vésaniques. La malade prétend avoir contracté la syphilis quelques années aupara-*

*vant. On relève un choc émotif peu de temps avant son affection actuelle.*

*Asthénie intense. Douleur morale avec idées d'auto-accusation, sentiment d'étrangeté. Tentatives de suicide.*

*Examen somatique : réflexes tendineux vifs, R. O. C. normal, tension artérielle un peu abaissée. Dans le liquide céphalo-rachidien la réaction du benjoin colloïdal donne : floculation partielle dans la zone spécifique. B. W. négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.*

*Après le traitement, amélioration très légère*

---



## CHAPITRE V

---

### Remarques sur les Observations

---

*On relève chez nos malades dans leurs antécédents personnels immédiats l'influence de la perturbation humorale au début de l'accès, les restrictions alimentaires, le choc émotif. A l'examen, on note l'extrême vivacité des réflexes tendineux, la constipation, la vagotonie dont la constatation fait porter un pronostic favorable quant à l'évolution de la maladie sous l'action de l'hématoporphyrine.*

*Ce médicament fait disparaître les troubles psychosensoriels et les délires en relation avec le déséquilibre neuro-végétatif. Il agit très bien sur la douleur morale et par là sur les idées de suicide. Il est moins efficace contre la grande anxiété.*

*L'amélioration de l'état mental est précédée par l'amélioration de l'état général. L'appétit est stimulé, le visage se colore, le poids augmente, les troubles en*

*relation avec la perturbation du système nerveux autonome s'amendent progressivement. Ces faits montrent bien l'importance de l'altération de l'état général à l'origine des états dépressifs.*

*Pour appliquer le traitement, il faudra veiller à l'intégrité du foie et des reins. On ne le prescrira pas aux malades scléreux, porteurs de lésions neurologiques, atteints d'anémie pernicieuse ou fébricitants. On ne l'associera pas au sulfonal.*

Sur 9 malades, nous avons eu 4 guérisons, deux en 43 jours, deux en 60 jours. Les accès ont donc été nettement raccourcis. Le jour de leur admission a été pris pour date initiale, le traitement n'était commencé que 5 à 15 jours plus tard. Les 5 autres malades se répartissent ainsi : 2 améliorations, 2 échecs, 1 décès. Ceci au point de vue mental. L'état général de toutes nos malades fut amélioré très nettement. Le décès de l'une d'entre elles, dû à une affection intercurrente, se produisit au début du traitement. Les guérisons furent rapides, on les constata peu de jours après la cessation du traitement. Mais elles avaient été précédées depuis longtemps par l'amélioration progressive de l'état physique et de l'état mental.

Dans les observations des malades guéris, observations I, V, VII, VIII, nous relèverons un certain nombre de points. Trois d'entre elles souffrirent d'accès dépressifs antérieurs. Deux seulement accusent des antécédents héréditaires vésaniques. Chez une, on note l'influence déclenchante de la perturbation humorale consécutive à une hystérectomie totale ; elle avait, de plus, fait autrefois un épisode tuberculeux resté silencieux.

Chez une autre il semble bien que des restrictions alimentaires prolongées aient joué un rôle dans la genèse de l'affection. La dernière appartenait à une famille décimée par la tuberculose.

Nous avons été frappés par l'extrême vivacité de la réflectivité tendineuse et cutanée de trois d'entre elles. Vivacité que nous avons retrouvée d'ailleurs chez trois de celles qui ne furent que peu influencées par le traitement. La constipation est de constatation banale chez les mélancoliques. Les nôtres ne firent point exception. Plus intéressante fut la recherche des signes de vagotonie. Cette recherche fut effectuée systématiquement. En particulier toutes nos malades furent soumises à l'épreuve de la compression des globes oculaires. Sur les quatre malades guéries, deux étaient des vagotoniques avec des troubles vaso-moteurs, moiteur des téguments, R.O.C. positif. Toutes les autres, chez qui le traitement n'avait donné qu'une légère amélioration ou avait conduit à un échec, ne présentaient aucun signe de vagotonie. Seule la malade qui mourut avant la fin des injections d'hématoporphyrine avait un R.O.C. légèrement positif.

Les quatre malades, qui ont tiré un réel profit du médicament, présentaient une forme de mélancolie avec peu d'anxiété. Nous ne voulons pas dire une mélancolie bénigne à la frontière de la psychasthénie, puisque trois parmi elles extériorisaient des idées délirantes, d'auto-accusation, d'indignité, d'impuissance, et accusaient des troubles psycho-sensoriels. Mais aucune n'offrait le tableau de la grande agitation anxieuse. Les autres, au contraire, eurent des accès anxieux plus ou moins

violents qui nécessiterent parfois l'usage de moyens de contention.

Les idées délirantes d'impuissance, d'indignité, d'auto-accusation, s'effacèrent progressivement. Les illusions et les troubles psycho-sensoriels également. Il semble cependant que les délires plus riches, délire de persécution, délires de transformation corporelle, de putréfaction, de négation d'organes, délire de catastrophes collectives, offrent une plus grande résistance à l'action du médicament. Ces délires, dont le point de départ a bien pu être une perturbation du système neuro-végétatif, évoluent depuis longtemps pour leur propre compte et ne disparaissent pas en même temps que s'amendent les troubles somatiques. Les échecs que nous avons rencontrés ressortissent à cette catégorie. Les malades des observations II et VI illustrent cette manière de voir. La première présentait un délire de persécution déjà ancien et réagissait en mélancolique. « Je suis une victime de la société, disait-elle. » La deuxième, au cerveau assez frustre, s'empêtrait dans une foule d'idées délirantes, assez puériles par ailleurs. Elle se croyait ensorcelée, changée en singe, ou bien morte et déjà rongée par les vers.

Quant à la douleur morale, véritable symptôme de base de la mélancolie, elle est remarquablement calmée par l'usage de l'hématoporphyrine. Uniquement concentrée sur elle au début, au point de ne pouvoir accueillir aucune autre préoccupation, l'esprit va petit à petit s'en libérer. Le malade prendra conscience de ce qui se passe autour de lui et s'y intéressera. On lui fera plus facilement ébaucher un sourire. Son visage se déten-

dra, ses pleurs cesseront. Nous avons pu, dans quelques cas, constater l'atténuation de cette douleur alors que le délire continuait à évoluer.

C'est à l'action de l'hématoporphyrine sur la douleur morale qu'il faut attribuer son remarquable effet sur les idées de suicide. Nous avons remarqué chez nos malades l'atténuation de jour en jour plus accusée de ces idées. Elles disaient ne plus souhaiter la mort, et, phénomène plus rassurant encore que leurs dires, toujours sujets à caution, elles ne faisaient plus de tentatives nouvelles. Ce fait est des plus encourageants, car le psychiatre qui se charge d'un mélancolique prend une terrible responsabilité et demande à son personnel un effort de surveillance incessant. Le suicide est la préoccupation primordiale de l'aliéniste. Ce n'est pas seulement d'ailleurs le suicide direct, le suicide par la violence, si l'on peut ainsi s'exprimer, dont le risque est diminué par la médication, c'est aussi le suicide indirect par inanition. La sitiophobie résiste rarement à l'emploi de ce médicament. Cette sitiophobie, facilitée par l'anorexie du malade et par le piètre état de son tube digestif, ne tient pas devant le véritable renouveau de l'appétit. On n'est plus contraint de recourir aussi souvent au gavage à la sonde nasale, procédé brutal bien que seul efficace devant le refus obstiné de nourriture, mais qui tend à aggraver la faiblesse de l'état général. Chez les petits anxieux de ville à plus forte raison, c'est une merveilleuse assurance que de disposer d'un corps qui contribue à écarter tout danger de mort. Trop souvent les familles se refusent à envisager un internement ou même la simple cure libre en maison

de santé. Elles ne veulent pas voir leurs malades tels qu'ils sont, elles n'admettent pas qu'ils soient traités en psychopathes.

L'amélioration de l'état général précède de quelques jours l'amélioration de l'état mental et, semble-t-il, la conditionne. Par le même mécanisme qui a conduit le malade de l'asthénie physique à l'asthénie psychique et aux idées délirantes, l'impression de légèreté corporelle, de bien-être, redonne au mélancolique le goût de la vie ; il est libéré des sensations cénesthésiques génératrices de délire. Cette constatation de la priorité des phénomènes somatiques dans la guérison est un fait de plus à l'appui de l'hypothèse de la nature organique de la plupart des syndromes dépressifs. C'est en premier lieu l'appétit qui subit une évidente stimulation. Les malades qui refusaient la nourriture la réclament. Plusieurs nous ont dit que la faim les tenaillait longtemps avant l'heure du repas. Sous cette influence le poids ne tarde pas à augmenter. En même temps le visage, de terreux qu'il était, devient coloré. Il prend parfois un véritable hâle comme après une exposition au soleil ou aux rayons ultra-violets. L'épuisement, la lassitude disparaissent ; de lui-même le malade demande à se lever. Puis se fait sentir l'action régulatrice du médicament sur le système nerveux autonome : la constipation, les troubles gastro-intestinaux disparaissent progressivement, les sueurs cessent, les troubles vaso-moteurs s'amendent.

La balance est un très bon instrument d'observation mentale. La reprise du poids permet dans les accès dépressifs de faire un pronostic favorable *quoad mentem*.

Notre maître, Monsieur le Docteur CHRISTY, avait d'ailleurs après BARUK attiré depuis quelque temps l'attention sur ce que ce dernier nomme les « balancements psycho-somatiques. » Il a remarqué que les états non évolutifs, non démentiels, véritables états tels que manie par accès, mélancolie par accès, accès maniaco-dépressifs, bouffées délirantes, comme (en moins graves) épisodes anxieux, obsessionnels des névropathes, se déclenchent sur un fonds mental spécial à l'occasion d'un fléchissement de l'état général, d'une poussée tuberculeuse par exemple. Dans ces cas, quand cette poussée tuberculeuse s'améliore, la manie, la mélancolie ou autre... s'améliorent aussi. Tandis que les psychoses évolutives, démentiels, telles que démence précoce, paralysie générale, éclosent parce que l'état général reste bon, parce qu'il n'y a pas de localisation. Après la cure malarique le paralytique général, qui présente assez souvent à ce moment un état général altéré, fait une localisation spécifique. Spontanément ne voit-on pas des démences précoces qui s'améliorent après une pleurésie séro-fibrineuse ou une autre manifestation tuberculeuse. Le Docteur CHRISTY a rapporté en particulier au Congrès des médecins aliénistes de 1935, l'observation de cette démente précoce qui, à la suite de la pyrétothérapie, fit un érythème noueux qui amorça une rémission. D'autre part, quel psychiatre n'a pas remarqué le retour à la raison de nombreux déments au moment de leur mort, alors que leurs forces physiques les ont complètement abandonnés ?

De ce qui précède, nous déduirons les indications de la méthode. A notre avis, contrairement à l'opinion de

certain auteurs, la grande anxiété n'est pas sensiblement calmée par l'hématoporphyrine. Les formes justiciables du traitement sont les formes simples avec douleur morale intense et idées de suicide, les mélancolies avec système délirant en étroite relation avec le déséquilibre neuro-végétatif, les mélancolies stuporeuses. Bref, les mélancolies faiblement délirantes avec inertie et inhibition motrice et psychique. L'état vagotonique et les troubles qui en dérivent sont une indication majeure, comme y a beaucoup insisté VINCHON. Les délires riches sont peu influencés, le psychisme s'est alors libéré, il a rompu ses liens avec l'organique. Cependant nous avons eu des succès dans deux cas où les idées d'auto-accusation avaient un certain développement et où l'on avait mis en évidence des troubles psycho-sensoriels.

Les contre-indications sont peu nombreuses. On ne conseille pas d'appliquer ce traitement aux malades scléreux ou porteurs de lésions neurologiques manifestes. Il convient également de s'assurer de l'intégrité du foie et des reins, cette intégrité étant nécessaire à l'absorption et à l'élimination de l'hématoporphyrine. En cas d'insuffisance hépatique, on pourra prescrire en association du foie frais ou des extraits. La fièvre, l'anémie pernicieuse, contre-indiquent aussi le traitement. En même temps que de l'hématoporphyrine, on évitera de donner du sulfonal, car ce corps précipite son élimination. Comme dans l'insuffisance hépatique grave, le médicament passerait alors dans les urines.

## CHAPITRE VI

---

### Mode d'action.

### II Hématoporphyrine et état humoral

---

*Pour les uns le médicament rendrait la peau plus sensible aux rayons ultra-violets. Il améliorerait l'équilibre endocrinien en agissant sur le dysfonctionnement du système vago-sympathique. Pour d'autres, il augmenterait la consommation d'oxygène des cellules du cortex. Tout cela n'est qu'hypothèse.*

*Certains pensent que l'accès mélancolique s'accompagne d'hypercalcémie et d'alcalose. Le traitement ferait baisser le taux du calcium et passer le pH de l'alcalinité à l'acidité. Nos dosages ne nous permettent pas de nous associer à ces vues. Nous n'avons constaté avant de commencer la médication ni hypercalcémie ni alcalose. Le traitement n'a fait varier que très peu et*

*indifféremment en plus ou en moins le taux du calcium et de la réserve alcaline. Raisonnablement, on ne peut rien déduire de ces faits.*

Différentes hypothèses ont été émises pour expliquer l'action de l'hématoporphyrine. Mais il faut avouer que l'on n'a pu aller plus loin et que le mécanisme intime de cette action nous échappe.

On a d'abord pensé que, par la pigmentation de la peau qu'il provoque, le médicament sensibilisait le malade à l'action de la lumière. C'est de cette constatation, nous l'avons rappelé, qu'était parti HÜHNERFELD lorsqu'il appliqua pour la première fois la méthode. Il saute aux yeux que cette explication n'est que fragmentaire.

La majorité des auteurs s'accordent à penser que l'hématoporphyrine agirait sur le dys-fonctionnement du système neuro-végétatif. C'est par l'intermédiaire de celui-ci que serait amélioré l'équilibre endocrinien. Ce corps influencerait le métabolisme du calcium et aurait prise ainsi sur le système nerveux végétatif. On sait l'action sédative du calcium sur le vague, qui domine en général dans la mélancolie. Il combattrait de plus l'alcalose qui accompagne les états dépressifs. VINCHON a montré que le ph urinaire, alcalin avant le traitement, est acide lorsqu'il est terminé. L'unanimité sur ce point n'est d'ailleurs pas obtenue : pour MASSAUT, il y a dans ces états tantôt alcalose, tantôt acidose. De plus, on a constaté que ce traitement augmentait le taux de l'hémoglobine et le nombre des hématies. Ce fait est resté inexpliqué.

Boyd voit dans l'action du médicament une conséquence d'une augmentation de la consommation d'oxygène des cellules du cortex sous son influence. L'hématoporphyrine agirait comme catalyseur respiratoire pour les cellules des tissus et favoriserait leur oxygénation. Ceci est d'autant plus intéressant que des travaux récents ont montré le rôle de la respiration cellulaire dans la genèse de certaines psychoses. Des individus normaux, privés partiellement d'oxygène, présenteraient des anomalies telles que retard de la perception, ralentissement de l'association des idées, etc... L'hypothèse, on le voit, est séduisante. Elle est d'ailleurs partagée par STRECKER. Elle entraîne d'ailleurs assez loin et nous montre encore une fois l'étroite parenté qui existe entre la mélancolie et la confusion mentale. Les signes que nous avons énumérés plus haut, observés après privation d'oxygène, ressortissent en effet davantage à cette dernière affection. On sait de plus que l'on traite certains confus par les injections sous-cutanées d'oxygène. Les barrières entre ces deux affections sont sans doute moins élevées qu'on ne le pense habituellement. Elles doivent avoir au moins des origines communes. L'auto-intoxiqué ferait suivant le cas, soit une mélancolie, soit une confusion. Boyd ajoute, qu'à son avis, l'action de l'hématoporphyrine ne se borne pas à une suroxygénation. Par l'intermédiaire de l'oxygène et de la lumière, elle agirait chimiquement sur certaines protéines tissulaires et désintégrerait des corps susceptibles de déterminer dans l'organisme un choc anaphylactique. Cette dernière hypothèse repose sur une autre hypothèse, celle de l'origine anaphylac-

lique des psychoses cycliques, origine qui explique leur transmission héréditaire et leurs récives périodiques.

Pour GÜNTHER les porphyrines ont une affinité spéciale pour le tissu nerveux. Pour affirmer ce fait il se base sur l'observation de malades atteints de porphyrie. Ceux-ci sont des névropathes et des psychopathes facilement excitables avec tendance à l'insomnie et au nervosisme.

En bref, on a donné des explications multiples, certaines ingénieuses. Nous croyons quant à nous que c'est par l'intermédiaire de son action sur l'état général que l'hématoporphyrine influence l'état mental. Par quel mécanisme agit-elle sur la sphère somatique, nous n'avons là-dessus aucune donnée précise. Mais on voit assez bien le passage de l'amélioration physique à l'amélioration mentale. Les phénomènes d'ordre mentaux étant, le croyons-nous, sous l'étroite dépendance des phénomènes organiques, il est logique qu'agissant sur ces derniers on atteigne ainsi indirectement les premiers.

Parmi ces diverses hypothèses nous nous sommes intéressés à l'action du médicament sur le métabolisme du calcium et sur l'état d'acidité et d'alcalinité des humeurs. Pour cette raison nous avons fait pratiquer des dosages de calcium et de la réserve alcaline dans le sang. Mais auparavant voyons l'opinion de différents auteurs.

Le taux du calcium dans le sang varie chez l'individu sain entre 0 gr. 095 et 0 gr. 110 ‰. Il serait augmenté dans la mélancolie. C'est du moins l'opinion d'HÜHNERFELD et de la majorité des auteurs allemands. Celle-ci

de plus s'accompagnerait d'alcalose. Nous avons vu que telle n'était pas l'opinion de MASSAUT. P. MARIQUE, G. MELOT et E.-J. BIGWOOD ont rapporté à la Société Belge de Biologie le résultat de leurs expériences sur le rat et le lapin. Chez le rat l'injection d'hématoporphyrine ne modifie que peu ou pas la calcémie. Chez le lapin elle l'abaisse mais dans de faibles proportions. Les auteurs allemands, à la suite de HÜHNERFELD, prétendent que le taux du calcium dans le sang s'abaisse sous l'influence de la médication. L'abaissement de ce taux, tandis que s'élèverait celui du potassium, serait même un test de l'efficacité du traitement.

Nous avons dit que VINCHON considérait l'hématoporphyrine comme un médicament acidifiant et qu'il avait constaté le passage du pH urinaire de l'alcalinité à l'acidité. Nous avons préféré faire doser la réserve alcaline car on sait combien il est difficile d'éliminer les influences multiples qui peuvent perturber le pH urinaire.

Nous résumons dans le tableau suivant le résultat de nos dosages. Les prises de sang furent faites en principe au début, au milieu et à la fin de l'application de la thérapeutique. On fit les ponctions veineuses le matin vers 9 heures, les malades étant au repos au lit et à jeun depuis la veille. Les nombreux vides sont imputables au fait que les veines de certains de nos malades étaient difficilement accessibles. De plus, il s'en trouva qui refusèrent parfois de se prêter de bonne grâce à l'opération. Nous n'avons pas voulu par une insistance maladroite alimenter leur délire.

TABLEAU

|                     |       | <i>au<br/>début</i> | <i>au<br/>milieu</i> | <i>à la<br/>fin</i> |
|---------------------|-------|---------------------|----------------------|---------------------|
| OBS. I              | Ca    |                     | 0,100                | 0,109               |
| Mme V... Guérison   | R. A. |                     | 63                   | 72,2                |
| OBS. V              |       |                     |                      |                     |
| Mme C... Guérison   | R. A. | 62,7                | 61,2                 | 61.                 |
| OBS. VII            |       |                     |                      |                     |
| Mme L... Guérison   | R. A. | 66                  | 65,4                 |                     |
| OBS. VIII           | Ca    | 0,103               | 0,113                |                     |
| Mme C... Guérison   | R. A. | 70                  | 70,7                 |                     |
| OBS. IV             | Ca    | 0,99                | 0,115                | 0,101               |
| Mme B... Améliorat. | R. A. | 61                  | 67,9                 | 71,3                |
| OBS. II             | Ca    |                     | 0,108                | 0,101               |
| Mme B... Echee      | R. A. |                     | 67                   | 73,5                |
| OBS. VI             | Ca    | 0,103               |                      | 0,109               |
| Mme L... Echee      | R. A. | 60,9                | 66,4                 | 64                  |

Remarquons tout d'abord que chaque fois que nous avons pu doser le calcium dans le sang avant le traitement, nous n'avons jamais noté d'hypercalcémie. Nos cas sont, il est vrai, en nombre restreint. Il en ressort néanmoins que ce fait, s'il existe n'est pas constant.

Chez nos quatre malades guéries, nous constatons que la réserve alcaline s'élève dans deux cas, s'abaisse dans les deux autres. Nous n'avons pu faire doser le calcium qu'à deux d'entre elles. Nous avons eu la sur-

prise de voir que, parallèlement à la réserve alcaline, il était augmenté.

La malade améliorée, à qui nous avons fait subir les mêmes recherches, présente une élévation de la réserve. Le calcium, très augmenté au milieu du traitement, s'abaisse à la fin tout en restant à un taux plus élevé qu'au début.

Dans les deux cas où nous avons eu un échec, la réserve alcaline subit une élévation.

Il faut noter que ces variations de taux du calcium et de la réserve alcaline ne sont pas de grandes amplitudes et oscillent autour de la normale. Ces chiffres sont en contradiction avec ceux des auteurs allemands. Nous n'avons nullement constaté cet abaissement inéluctable de la calcémie. C'est d'ailleurs avec étonnement que nous l'aurions constaté puisque nous n'avons pas eu d'hypercalcémie initiale. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'ils semblent varier de façon un peu anarchique et qu'il est impossible d'en tirer une conclusion générale. Il est vraisemblable que d'autres facteurs de variations entrent en jeu. Il conviendrait auparavant de les connaître, une fois connus de les éliminer. Nous ne nous dissimulons pas que ces recherches de laboratoire auraient présenté un plus vif intérêt si l'on avait pu comparer ces dosages à des dosages effectués chez des mélancoliques non soumis à un traitement. Là encore nous avons été pris de court par les événements.

---



## CHAPITRE VII

---

### Comparaison avec d'autres thérapeutiques

---

*Le traitement classique est basé sur trois principes. Combattre l'intoxication générale et les troubles gastro-intestinaux et pour ce faire, lavages intestinaux, purgations, uroformine ou salicylate de soude. Relever le tonus neuro-psychique à l'aide de l'arsenic ou du phosphore. Atténuer anxiété, douleur morale et délire, ce qui commande l'admission dans un hôpital psychiatrique où l'on prescrira l'opium ou le gardenal et où l'on fera une psychothérapie intelligente.*

*A côté de cela on a essayé de traiter le dysfonctionnement endocrinien soit en influant sur le système vago-sympathique, soit en utilisant des méthodes de choc, soit en donnant des extraits de glandes. Mieux encore, on a cherché une étiologie précise, tuberculose, affec-*

*tion chirurgicale de l'intestin ou du système génital, colibacillose.*

*L'hématoporphyrine est polyvalente. Elle remplit les trois conditions exigées du traitement classique. Elle relève l'état général, elle est très efficace sur la douleur morale et les délires. Elle agit moins que l'opium sur l'anxiété.*

On a proposé pour combattre les états dépressifs de très nombreux médicaments, aussi nombreux que peu efficaces. L'endocrinothérapie moderne ne compte guère plus de succès que le clystère d'autrefois. L'opium seul mérite plus de considération.

Il est bon de rappeler en le schématisant le traitement classique de l'affection. Il tente de remplir plusieurs conditions : combattre l'intoxication générale et les troubles gastro-intestinaux, relever le tonus neuro-psychique, atténuer l'anxiété, la douleur morale et le délire

D'abord l'intoxication générale. Mot commode qui cache notre ignorance du véritable facteur toxique. Cette ignorance est responsable du peu de succès que l'on rencontre dans cette lutte contre l'intoxication. Il en sera toujours ainsi lorsqu'on tentera de s'attaquer aux conséquences avant de connaître les causes. Néanmoins on conseillera l'alitement, les bains chauds et courts, les lavages intestinaux à la sonde suivis le lendemain d'une purgation énergique, ces dernières opérations d'ailleurs souvent responsables de graves infirmités de l'intestin. Par la bouche ou par voie intra-

veineuse, on donnera de l'uroformine ou du salicylate de soude.

Pour relever le tonus neuro-psychique, on utilisera l'arsenic, principalement le cacodylate de soude. On peut faire de ce médicament trois séries de douze piqûres de un gramme, chaque série séparée par un repos de huit jours. Le phosphore sous forme de glycéro-phosphate, de phytine, de lécithine, est également très employé. Il en est de même de l'acide phosphorique que l'on prescrira à la dose de quinze gouttes par jour.

Abordons maintenant le traitement purement mental s'attaquant à la douleur morale, à l'anxiété, au délire. Tout mélancolique devra être changé de milieu, isolé dans une maison de santé ou un hôpital psychiatrique. C'est une attitude dont il convient de ne pas se départir quelques soient les supplications de la famille. Dans un établissement spécialisé seulement il trouvera le calme, le repos, et, chose peut-être encore plus importante, une discipline nouvelle. Il faudra veiller à ce qu'il ne soit jamais en contact avec d'autres psychopathes. Le mélancolique est un malade fragile, son émotivité doit être la principale préoccupation du médecin. On mettra alors en œuvre la médication calmante. C'est là que triomphe l'opium, considéré par certains, peut-être avec un peu d'exagération, comme le spécifique de l'anxiété. La forme la plus fréquemment utilisée est la potion au laudanum de Sydenham. Dix gouttes d'abord, puis on augmente de deux gouttes tous les deux jours, on va jusqu'à cent gouttes et on redescend. La teinture thébaïque mieux acceptée par les malades se donne à la dose initiale de quarante gouttes. On augmente de

quatre gouttes jusqu'à cent-vingt gouttes, puis on redescend. La morphine, la codéine, s'emploient également.

A côté de l'opium ou de ses dérivés, le gardénal, le véronal, les bromures, peuvent être essayés avec des fortunes diverses. Les dérivés de la malonylurée ont connu et connaissent encore un très grand succès. Ces médicaments, il faut le dire, calment très bien l'angoisse, l'horrible impression-éprouvée par le malade que de grands dangers le menacent. Dangers qu'il ne peut préciser et par cela même plus redoutables encore. Ces remèdes peuvent et doivent être essayés, mais leur administration réclame une surveillance sinon égale, du moins comparable à celle que l'on apporte à l'administration de l'opium. En maison de santé et à l'hôpital psychiatrique, ne pas les employer serait se montrer d'une inexcusable timidité. Il n'en est pas de même à domicile chez les petits anxieux. Les corps de la famille de la malonylurée sont de plus en plus répandus dans le public en d'innombrables spécialités. Ils connaissent un véritable succès mondain. On invoque pour leur usage les prétextes les moins justifiés. Un peu plus de prudence, un peu plus de fermeté de la part du médecin traitant auraient évité le suicide de nombreux anxieux. Dans cette maladie, au cours de laquelle le suicide peut survenir à chaque instant, c'est une véritable gageure que de fournir au malade le moyen de réaliser son désir de destruction.

La psychothérapie n'entrera en jeu qu'à la phase terminale de la maladie. A la période d'état elle est parfaitement inopérante. On se bornera à traiter le malade

avec la plus grande douceur et à lui donner quelques paroles d'apaisement. Au déclin de la maladie on pourra espérer agir indirectement sur l'esprit du malade. On s'adressera en sa présence à quelqu'un de son entourage. On se plaira à répéter que les signes présentés par lui sont de nature banale et qu'ils font partie d'une affection bien connue. On évoquera ses craintes, ses appréhensions passées, on soulignera que rien de ce qu'il redoutait ne s'est produit. Cette méthode s'avère plus efficace que celle qui s'efforce d'attaquer de front le malade et de le convaincre.

La mélancolie stuporeuse appelle des médications un peu spéciales. On peut espérer agir sur elle par le choc, même par la pyrétothérapie (injections de lait, de soluprotéides, etc...) Tels sont les procédés classiques d'action sur les états dépressifs.

On a essayé de dépasser cette thérapeutique purement symptomatique soit en cherchant à porter remède au dysfonctionnement endocrinien, soit en cherchant une étiologie précise. Le dysfonctionnement endocrinien peut être attaqué par deux voies. La première en s'efforçant de rétablir l'isoionie du milieu humoral, la deuxième en agissant sur les synergies glandulaires. Dans la première catégorie se rangent les remèdes qui s'adressent au vague ou au sympathique, adrénaline, ésérine, les résultats sont en fait médiocres ; ou bien les médications de choc comme l'autohémothérapie, la peptonothérapie, la strychnine à doses fortes et progressives. Dans la deuxième catégorie se rangent les extraits ovariens ou de préférence orchitiques à doses intensives, quarante centigrammes par jour.

Mais le médecin aura incontestablement une satisfaction plus grande s'il découvre une étiologie précise. Ce peut être la tuberculose qui est en cause, ce peut être une affection chirurgicale de l'intestin ou du système génital. BARUK a rapporté deux observations d'états anxieux coexistants avec une cholécystite. Par tubage duodénal on retira une bile noire. Il fit des expériences avec de la bile humaine sur des animaux de laboratoires. Ceux-ci se sont avérés plus sensibles à certaines actions réflexes et aux émotions. Voilà qui nous ramène à HIPPOCRATE et à l'atrabile. Il convient d'insister de plus sur l'étiologie colibacillaire. BARUK a bien montré le merveilleux résultat obtenu par le sérum de VINCENT dans certaines mélancolies. Il a analysé l'action de ce sérum. Il croit à une action beaucoup plus antitoxique qu'antibactérienne, comme semble le prouver le fait que la disparition des troubles mentaux ne s'accompagne pas toujours de la disparition de la pyurie. A son avis, il faut donner des doses fortes et prolongées de sérum, trente centimètres cubes au moins par jour pendant trente à trente-cinq jours. Certains malades ont reçu jusqu'à un litre et demi de sérum. Pour éviter les accidents sériques, il conseille de faire absorber chaque jour par prises égales et fractionnées toutes les deux heures la solution suivante :

|                           |   |          |
|---------------------------|---|----------|
| Salicylate de soude ..... | } | aa 6 gr. |
| Benzoate de soude .....   |   |          |
| Eau de Vichy .....        |   | 300 cc.  |

L'hématoporphyrine ne prétend pas égaler les thérapeutiques étiologiques. Mais elle offre sur les autres mé-

dicaments de grands avantages. C'est ainsi que, si l'on respecte ses indications, assez strictes il faut le dire, elle garantit sans aucun doute un pourcentage plus élevé de succès. De plus, elle offre une simplification évidente. Elle remplit des conditions qui ne le sont habituellement que par l'association de plusieurs remèdes. Elle traite à la fois l'état général, le tonus neuro-psychique, la douleur morale, les délires. C'est à dessein que nous laissons de côté l'anxiété car sur ce point nous croyons à la supériorité de l'opium, supériorité d'ailleurs bien amoindrie par le fait du fâcheux retentissement de l'opium sur l'état général. L'hématoporphyrine, elle, possède sur l'état général une action qui ne peut être revendiquée par aucun autre médicament. Elle relève admirablement les forces du malade, fait cesser les troubles gastro-intestinaux, lui rend son appétit, lui donne du poids. Elle agit efficacement comme nous l'avons vu sur la douleur morale et les délires en relation avec le déséquilibre neuro-végétatif. Par l'intermédiaire du système nerveux autonome, elle influe sur le déséquilibre endocrinien. Nous avons vu que la vagotonie constitue une des indications principales.

En résumé, ce médicament nous paraît devoir être tenté dans la mélancolie alors que l'on n'a pu mettre la main sur une étiologie précise. Son seul écueil, et en somme, certains ne sont pas de notre avis, nous paraît être l'anxiété. Nous déplorons que notre temps ait été limité. Il aurait été intéressant de tenter l'essai de l'association hématoporphyrine-opium dans les états dépressifs anxieux. Le temps nous a également manqué sur un autre point. Nous aurions voulu connaître l'in-

fluence du médicament sur les rechutes possibles. Certains auteurs, Vixchon en particulier, croient à une amélioration sinon définitive du moins très durable. Ce dernier conseille au mélancolique guéri, ce qui paraît sage, une cure d'hématoporphyrine en gouttes à intervalles réguliers. Cette précaution éviterait les récides.

La proportion de résultats favorables serait-elle moindre que nous l'a fait entrevoir notre modeste expérience. il n'en conviendrait pas moins de faire bénéficier de cette thérapeutique des malades aussi douloureux. Les médecins doivent accueillir avec joie le moindre espoir de guérison de cette terrible affection devant laquelle nous sommes restés jusqu'à présent déplorablement désarmés.

---

## Conclusions

---

I. — Nous n'entendons pas faire de nos conclusions un résumé de notre travail. Le sommaire, placé en tête de chaque chapitre, se suffit à lui-même. Nous voulons plutôt mettre en relief les points principaux et faire une tentative de synthèse.

II. — La psychiatrie s'est enrichie ces dernières années de nombreuses conquêtes thérapeutiques. L'on s'est souvenu, avec raison, que le but de la médecine mentale, comme de toute médecine, est de guérir. Ces essais de traitement ont été entrepris avec beaucoup d'enthousiasme et souvent peu de méthode. De là de grands espoirs et de réelles déceptions.

III. — Dans le domaine de la mélancolie on s'est longtemps borné à une médication symptomatique en donnant des toniques généraux associés à des sédatifs

du système nerveux. Puis on a tenté d'agir sur le dysfonctionnement endocrinien. Pour cela on s'est efforcé de traiter le déséquilibre vago-sympathique, ou plus directement on a administré des extraits de glandes. La recherche d'une étiologie précise, trouvée malheureusement dans des cas trop rares, a permis d'enregistrer quelques beaux succès. Nous visons surtout les travaux de BARUK sur la colibacillose.

IV. — C'est en 1929, qu'HÜHNERFELD fit ses premières publications sur l'hématoporphyrine. Ce corps est une porphyrine obtenue par dissociation de l'hémoglobine du sang. L'hémochromogène est une étape de cette dissociation. L'auteur fit des essais sur l'animal. Il appliqua ensuite le traitement à des mélancoliques. Ses statistiques successives furent favorables à la méthode. La majorité des autres auteurs de différents pays partagèrent son opinion sur l'efficacité du traitement.

V. — Neuf malades du service de Monsieur le Docteur CHRISTY furent soumises aux injections intramusculaires d'hématoporphyrine. Nous ne prétendons pas apporter une statistique. Nous avons préféré trier les cas et les mieux étudier. Nous gardons de cet essai une impression nettement encourageante. Nous avons eu 4 résultats favorables, dans lesquels la durée de l'accès a été très notablement diminuée, et 2 améliorations légères.

VI. — L'amélioration de l'état général, toujours précoce, précède et semble-t-il conditionne l'amélioration

de l'état mental. Ces améliorations sont progressives. L'appétit est stimulé, le teint se colore, le poids augmente. Sous cette influence, l'asthénie disparaît, puis peu après les impressions cénesthésiques, les illusions et troubles psycho-sensoriels, et par un remarquable enchaînement les délires en relation avec le déséquilibre neuro-végétatif. En même temps la douleur morale s'atténue, elle entraîne dans sa disparition les idées de suicide, fait spécialement intéressant car on peut ainsi pallier en quelque sorte à cette redoutable et si fréquente complication. Il s'agit évidemment des suicides prémédités, conséquences des terribles souffrances du malade.

La vagotonie est une indication moyennée.

L'influence favorable du médicament est moins sensible sur la grande anxiété. Le suicide brusque au cours d'un raptus anxieux reste donc toujours possible. L'association hématorporphyrine-opium serait à essayer.

VII — Les hypothèses émises pour expliquer l'action de l'hématoporphyrine sont multiples et fragiles. On a parlé de suroxygénation des cellules du cortex. On a invoqué un pouvoir régulateur sur le dysfonctionnement du système neuro-végétatif ; il y aurait modification du métabolisme du calcium et du pH des humeurs. On aurait noté dans les états dépressifs de l'hypercalcémie et de l'alcalose. Le traitement ferait baisser le taux du calcium et passer le pH de l'alcalinité à l'acidité.

Nous n'avons rien constaté de semblable. Pas d'hypercalcémie ni d'alcalose initiale, pas de changement

notable au cours de l'application de la thérapeutique. Nos chiffres varient dans de faibles limites. On n'en peut tirer aucune loi générale. Jusqu'à présent la clinique a le dernier mot.

*Le Doyen :*

J. LÉPINE.

*Le Président de la Thèse :*

J. LÉPINE.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 25 novembre 1939.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :

A. LIRONDELLE.

## Bibliographie

---

- AUSSAYE (Henri). — Contribution à l'étude du traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine. *Thèse Paris*, 1934.
- ANGUS LESLIE (R.). — The Hematoporphyrin Treatment of Depressive Psychoses. *The American Journal of Psychiatry*. Janvier 1936.
- BARUK (H.). — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale. — Masson, édit., 1938.
- BECKER. — Ein neues Mittel zur Bekämpfung der Melancholie. *Psychiat.-neurol. Wehnschr.* 4 juin 1932.
- BENON (R.). — La mélancolie clinique et thérapeutique. Le traitement de la mélancolie. *Journal des Praticiens*, 12 janvier 1929.
- La mélancolie vraie, ses formes. *Concours médical*, 19 mai 1929.
  - Le traitement opothérapique de la mélancolie. *Journal des Praticiens*, janvier 1930.
  - Mélancolie, hypochondrie, guérison. *Journal de Médecine*, 10 juin 1934.
  - Mélancolie. Etiologie. *Journal des Praticiens*, 15 janvier 1938.
  - Historique de la mélancolie. *Bulletin médical*, 8 octobre 1938.

CAILLARD (Louis). — Contribution à l'étude de la composition minérale du plasma sanguin de l'homme dans certains états neuro-psychiatriques. *Thèse Lyon*, 1933.

DEFFUANT. — Les troubles du système neuro-végétatif des mélancoliques. *Thèse Montpellier*, 1936.

DUVAL MARCONDES. — A hematopórfyrina no tratamento dos estados ligeiros de depressão psychica. *Rev. assoc. paulista de med.*, avril 1938.

FERRER CONRADO (O.). — Tratamiento de la melancolia y de la depresion melancólica con la hematoporfirina. *Boletino del Asilo de Alienados en Oliva*, mars 1935.

— Nueva contribucion al tratamiento de la Depresion Melancolica par la Hematoporfirina (Photodyn). *Boletino del Asilo de Alienados en Oliva*, décembre 1936.

FERRER CONRADO (O.) et EXEQUIAS BRINGAS NUNES. — Depresion melancolica y hematoporfirina. *Boletino del Asilo de Alienados en Oliva*, juin 1935.

GRUSCHKE (J. G.). — Photodyn in therapy of melancholia. *Psychiatr. neurol.*, nov.-déc. 1936 ; *Psych. neurol. Wchnschr.*, fév. 1937.

GUILLEMENOT (Philippe). — Notes de thérapeutique clinique sur la mélancolie essentielle. *Thèse Lyon*, 1937.

HARTMANN-WEISSMANN. — Traitement de la mélancolie par la « photodyn » (hématoporphyrine suivant la méthode de Nanki). *Wiener med. Wchnschr.*, 3 déc. 1932.

HÜHNERFELD. — Neue Wege in der Behandlung der Melancholie. *Psychiat. neurol. Wchnschr.*, 11 avril 1931.

— Photodyn in der Behandlung der Melancholie. *Med. Klin.*, 29 avril 1932.

— Klinisches und Experimentelles zur Behandlung der endogenen Depression und Melancholie mit Hämatoporphyrin (Photodyn). *Psychiat.-neurol. Wchnschr.*, 10 juin 1933.

- Observaciones clinicas y experimentales acerca del tratamiento de la depresion endogena y melancolica con hematoporfirina. *Semana med.*, 21 déc. 1933.
  - Die Behandlung der Melancholie und endogenen Depression mit Hämatoporphyrin. *Psychiat.-neurol. Wchnschr.*, 20 avril 1935.
  - Die Indikationen der Hämatoporphyrinbehandlung. *Deutsche med. Wchnsch.*, 14 juin 1935.
  - Indicaciones de la terapia hematoporfirinica. *Med. ibera*, 22 février 1936.
  - Hematoporphyrin treatment of melancholia and endogenous depression. *Am. J. Psychiat.*, mai 1936.
  - Die Hämatoporphyrinbehandlung der Melancholie und endogenen Depression. *Psychiat.-neurol. Wchnschr.*, 23 mai 1936.
  - Die biologische Wirkungen der Hematoporphyrin Nenci. *Wien. Klin. Woch.*, 1938.
- LABOUCARIÉ (Jean) et VALDIQUIÉ. — Les états anxieux et les troubles de la calcémie. *Toulouse Médical*, février 1934.
- LÉPINE (Jean). — Folies périodiques et anaphylaxie cérébrale. *Revue neurologique*, 30 sept. 1910.
- LÉVI-BIANCHINI (M.). — Il trattamento delle malincome endogene ed involutive con la ematoporfirina (photodyn). *Arch. gen. di neurol. psichiat. e. psicoanal.*, 1934.
- LEWIS AUBREY (J.). — Melancholia : A Historical Review. *The Journal of Mental Science*, janvier 1934.
- Melancholia : Clinical Survey of Depressive States. *The Journal of Mental Science*, avril 1934.
- LUMIÈRE (Auguste). — Effets physiologiques des rayons solaires. — Lyon, Sézanne, 1934.
- MARIQUE (P.), MELOT (G.), BIGWOOD (E. J.). — Action de l'hématoporphyrine sur le calcium et le phosphore du sang. *Soc. Belge de Biologie*, 18 juillet 1936.

- MASSAUT. — Modification des échanges organiques au cours des états mélancoliques et anxieux. *Encéphale*, déc. 1932.
- MORHART. — Les porphyrines et leur rôle physio-pathologique. *Presse médicale*, 12 août 1931.
- NOTKIN (J.), HUDDART (V.), DENNES (B.). — Hematoporphyrin treatment in dementia praecox and involution melancholia. *Psychiatric Quart.*, juillet 1935.
- NEUBERGER (L.). — Comment diagnostiquer et traiter les maladies mentales. — Maloine, édit., Paris 1932.
- Diagnostic et traitement de la mélancolie. *Echos de la médecine*, 15 mars 1932.
- PARHON (C.) et WERNER (G.). — Recherches sur la calcémie, la potassémie et le rapport K/Ca dans les maladies mentales. *Ann. med. psychoc.*, juin 1932.
- REGIS. — *Précis de Psychiatrie*. — Doin, édit., Paris. 1923.
- ROQUES DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*. — Alcan, édit., Paris, 1923.
- SCHAEFFER (H.). — Le traitement des états dépressifs par l'hématoporphyrine. Résultats et mode d'action. *Presse médicale*, 5 août 1939.
- SILHOL (P.). — Contribution à l'étude du traitement des états anxieux. *Thèse Montpellier*, 1933.
- STANESCO (J.). — Contribution à la thérapeutique de la mélancolie. Syndrôme cénesthésique. *La Semaine des Hôpitaux*, février 1930.
- STEINBERG (Louis D.). — Hematoporphyrin Treatment of Severe Depressions. *The American Journal of Psychiatry*, janvier 1936.
- STRECKER (E. A.), PALMER (H.), BRACELAND (F. J.). — Hematoporphyrin as Therapeutic Agent in Psychoses. *The Am. J. Psychiatr.*, mai 1934.

- Hematoporphyrin Therapy in the Affective Psychoses. *The Am. J. Psychiatr.*, septembre 1936.

TOURAINE (H.). — A propos d'un cas de mélancolie. *Courrier médical*, juillet 1932.

VINCHON (J.). — Les indications thérapeutiques de l'hématoporphyrine. *Monde Médical*, 15 novembre 1934.

- Action de l'hématoporphyrine dans les syndrômes dépressifs psycho-organiques. *Progrès Médical*, 9 novembre 1935.

VINCHON (J.) et BOURGEOIS (P.). — Essai du traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine. *Soc. thérapeut.*, 8 février 1933.

- Traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine. *Répertoire Med. prat.*, juin 1933.
-



# Table des Matières

---

|                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                                                | 9  |
| <i>Chapitre</i> I. — Historique de la maladie .....                               | 11 |
| <i>Chapitre</i> II. — Quelques mots de clinique .....                             | 15 |
| <i>Chapitre</i> III. — Historique du traitement par l'hé-<br>matoporphyrine ..... | 25 |
| <i>Chapitre</i> IV. — Observations .....                                          | 29 |
| <i>Chapitre</i> V. — Remarques sur les observations ..                            | 61 |
| <i>Chapitre</i> VI. — Mode d'action — Hématoporphyrine<br>et état humoral .....   | 69 |
| <i>Chapitre</i> VII. — Comparaison avec d'autres thé-<br>rapeutiques .....        | 77 |
| CONCLUSIONS .....                                                                 | 85 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                               | 89 |

IMPRIMERIE DE TREVoux

G. Patissier

—  
1939



